

Transtornos Alimentares

Entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais

Adriana Lopes Peixoto





Transtornos alimentares

Entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais

Adriana Lopes Peixoto

1ª Edição

2012



EXPEDIENTE

Produção editorial e Revisão final

Adelson Marques Canudo

Assistência editorial

Adriana Lopes Peixoto

CRN9 - 9521/P

Capa e Produção gráfica

Peter Pereira da Silva

Edição ortográfica e textual

Éverton Oliveira

Coordenação de projeto para mídia digital

Rafael da Silva Carrasco

Coordenação geral

Adelson Marques Canudo

Luiz Eduardo Ferreira Fontes

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro eletrônico poderá ser reproduzida total ou parcialmente sem autorização prévia da A.S. Sistemas.

Transtornos alimentares - Entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais

ISBN nº: 978-85-65880-09-1

Nutricionista Adriana Lopes Peixoto

CRN9 9521/P

A.S. Sistemas

Rua Professor Carlos Schlottfeld, casa 10

– Clélia Bernardes – Viçosa – MG – CEP

36570-000

Tel: (31) 3892 7700

site: www.assistemas.com.br

Sumário

[Transtornos alimentares - Entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais](#)

[Módulo 1](#)

[1 A mudança no padrão alimentar e na disponibilidade de alimentos](#)

[2 O contexto social e emocional da alimentação](#)

[3 O culto ao corpo: pressão sociocultural pela magreza](#)

[Módulo 2](#)

[4 Histórico e evolução dos transtornos alimentares](#)

[Anorexia nervosa \(AN\)](#)

[Bulimia nervosa](#)

[Transtorno da compulsão alimentar periódica \(TCAP\)](#)

[5 Epidemiologia dos transtornos alimentares](#)

[Anorexia nervosa \(AN\)](#)

[Bulimia nervosa](#)

[Transtorno da compulsão alimentar periódica \(TCAP\)](#)

[Módulo 3](#)

[6 Anorexia nervosa \(AN\)](#)

[Etiologia](#)

[Fatores psicológicos](#)

[Fatores biológicos](#)

[Fatores ambientais](#)

[Critérios de diagnóstico](#)

[7 Bulimia nervosa \(BN\)](#)

[Etiologia](#)

[Fatores biológicos](#)

[Fatores genéticos e familiares](#)

[Fatores socioculturais](#)

[Fatores psicológicos](#)

[Critérios de diagnóstico](#)

[8 Transtorno da compulsão alimentar periódica \(TCAP\)](#)

[Etiologia](#)

[Critérios de diagnóstico](#)

[Módulo 4](#)

[9 Fatores da saciedade](#)

[Glicose e insulina](#)

[Colecistoquinina e polipeptídio pancreático](#)

[10 A associação do peso corporal com a ingestão de alimentos](#)

[Leptina](#)

[Controle central da ingestão de alimentos](#)

[Neuropeptídio Y, peptídio YY e galanina](#)

[Monoaminas](#)

[Neuropeptídio liberador de gastrina](#)

[Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal](#)

[Módulo 5](#)

[11 A relação da nutrição com a psicologia](#)

[Psicanálise e alimentação](#)

[12 A relação da imagem corporal e autoestima com os transtornos alimentares](#)

[13 O papel do grupo familiar no comportamento e tratamento dos transtornos alimentares](#)

[A família como fator de risco](#)

[A família como parte da terapia](#)

[Módulo 6](#)

[14 A importância da abordagem nutricional nos transtornos alimentares](#)

[15 Avaliação nutricional: abordagem e protocolos a serem utilizados](#)

[Avaliação nutricional](#)

[Avaliação antropométrica](#)

[Anamnese e avaliação dietética](#)

[Anamnese – sinais e sintomas](#)

[Avaliação laboratorial](#)

[Cálculos energéticos](#)

[Prescrição dietética](#)

[Colocando em prática](#)

[Módulo 7](#)

[16 Intervenção: educação nutricional](#)

[Estilos de aconselhamento nutricional](#)

[17 Prognóstico](#)

[Qual a sua importância?](#)

[Considerações finais](#)

[18 Referência bibliográfica](#)

[19 Glossário](#)

[20 Apêndice 1](#)

[21 Apêndice 2](#)

[22 Apêndice 3](#)

APRESENTAÇÃO

Diversas áreas de conhecimento que estudam a relação do homem com o alimento, como a Ciência da Nutrição, a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia, mostram em seus trabalhos científicos e produções literárias, os numerosos conflitos, dilemas e paradoxos que cercam o tema e a sua relação com o estado de saúde do indivíduo.

Em especial, o consumo de alimentos e suas características nutricionais têm despertado interesse cada vez maior dos consumidores, das indústrias de alimentos, de políticas governamentais e da mídia em geral.

Diante dessa estreita e tão complexa relação – alimento *versus* aspectos psicológicos –, elaboramos este *e-book*, com o objetivo de auxiliar os profissionais envolvidos nesse contexto, especialmente os nutricionistas, no entendimento das modificações, evolução, etiologia, diagnóstico, avaliação e terapia mais adequada para o tratamento dos transtornos alimentares.

INTRODUÇÃO

São incontáveis os fatores que envolvem a preferência de alimentos e a formação de hábitos alimentares. E em diversas vezes – e ao mesmo tempo –, está envolvido mais de um fator até a decisão final. Apesar de compreendermos como claras muitas relações entre comida, nutrição e fatores culturais, até hoje não foram determinados os princípios que conduzem os comportamentos alimentares, situação que não é considerada uma tarefa fácil e muito menos alcançável em curto prazo.

Na história de cada sociedade ou cultura, podemos encontrar o significado e as razões para as preferências e as aversões alimentares individuais ou coletivas. Em suma, podemos descobrir o que o alimento representa para uma determinada população.

O ato alimentar é envolvido por uma nuvem de complexidade, atrelada a diferentes questões, que vão desde um caráter biológico e ecológico até os níveis tecnológico, econômico, social, político e ideológico. Tudo isso influencia na escolha, na preparação e no consumo dos alimentos.

Portanto, deduz-se que a escolha dos alimentos não é individual. Independentemente da necessidade óbvia de manter a saúde física, considerações relacionadas com a etnia, status e prestígio, capacidade econômica, aceitação dentro de grupos sociais ou religiosos particulares, esnobismo alimentar, pressão publicitária e ajustes psicológicos estabelecem aspectos da cultura que são determinantes para as preferências alimentares.

Com base na crescente demanda por capacitação e envolvimento no tratamento dos transtornos alimentares, o presente e-book foi criado com o principal objetivo de orientar os profissionais no estabelecimento de condutas e estratégias que irão potencializar a intervenção e a adesão do paciente ao tratamento. Visto que a equipe envolvida nesse contexto tem que ser capaz de atuar com objetividade e interligação, relacionando evidências de natureza nutricional com psicológica.

Adriana Lopes Peixoto

Módulo 1

As modificações na alimentação e no corpo ao longo dos anos

Os modelos de beleza mudam ao longo da história e, em especial para as mulheres, representam uma condição valorizada em todos os tempos. Mas, atualmente, o mundo vive essa questão de maneira extremamente intensa. E um ótimo exemplo dessa atual situação são as modelos e manequins que entram na carreira no início da adolescência e aos 25 anos já são praticamente descartadas.

Hoje, a busca pela magreza é movida a limites extremos, como foi o caso da modelo Ana Carolina Reston, que estava com 46 quilos e 1,74m e se achava gorda. Morreu com infecção generalizada pesando 40 quilos, consequência da anorexia nervosa. Mas doenças graves, como anorexia e bulimia, não estão restritas às modelos, atingindo também muitas adolescentes que enxergam na magreza o ideal de beleza e sinônimo de aceitação e sucesso. Ou seja, uma enfermidade está sendo empregada como método de perda/controla do peso e ideal de felicidade.

1 A mudança no padrão alimentar e na disponibilidade de alimentos

Durante alguns milhões de anos, frutas, folhas ou grãos representaram as únicas fontes de calorias do ser humano. Todavia, com o passar dos tempos, a alimentação humana vem sofrendo significativas mudanças, bem como orientada e demarcada cada etapa do processo de civilização.

Na primeira metade do século XII, as relações entre dietética e culinária eram bem estreitas e as preferências eram concebidas segundo critérios fisiológicos e sensoriais individuais, assim como as aversões por determinados alimentos.

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, com o avanço do conhecimento químico, fisiológico e experimental dos alimentos, a antiga dietética passou a ser desconsiderada, e a gastronomia, pseudociência do comer bem, foi ocupando o seu espaço e solidificando-se. Se antes a importância do alimento era essencialmente substancial e com o objetivo de manutenção da espécie, com o avanço do conhecimento científico, surgiu a importância nutricional. Tornou-se preciso adquirir, por meio dos alimentos, todos os nutrientes necessários, nas quantidades e proporções adequadas, para a manutenção das funções do organismo. Assim, o nutrimento deixou de ser apenas considerado um “combustível” e passou a operar como protagonista na manutenção e promoção da saúde.

Desde então, a alimentação e a gastronomia passaram a ser elementos essenciais na definição da identidade histórica de uma população, tornando as cozinhas regionais parte de seu patrimônio histórico.

As transformações alimentares, resultado da industrialização e globalização de alimentos é inevitável. Com o mundo industrializado e globalizado, temos contato e acesso a todos os tipos de culturas e formas de comercialização de alimentos. Nesse contexto, incluímos o desenvolvimento de novas tecnologias, uso de fertilizantes e de máquinas agrícolas como incremento da produção de alimentos. Tal condição não é considerada a solução de problemas relacionados à fome, pois essa questão está diretamente relacionada à obtenção do alimento que, por sua vez, está vinculada a condições financeiras e sociais dos indivíduos e não apenas à produção de alimentos. E isso explica o fato de que mesmo em

regiões onde ocorre elevada produção de alimentos existam pessoas passando fome, resultado da má distribuição de renda e fruto de injustiças sociais.

Mas a industrialização e a globalização trouxeram também mudanças nos padrões alimentares da população.

Em um mundo cada vez mais interligado pela informação e pela economia, é quase impossível que a cultura, a alimentação e outros aspectos da vida cotidiana também não sofram os efeitos dessa condição.

Sendo assim, a pós-modernização ocasionada pela globalização tem imposto novas formas de consumo alimentar, afetando o nosso paladar e os aportes nutricionais, resultando em novos padrões, costumes, hábitos e práticas alimentares.

Começam a desaparecer os rituais que acompanham o ato de se alimentar. A relação de afeto que antes permeava a refeição nas trocas familiares e entre amigos, hoje cede lugar à alimentação cujo parceiro é o aparelho de televisão ou o computador.

As refeições feitas em conjunto, em casa, com horário determinado e um cardápio planejado estão se tornando cada vez mais escassas. Em seu lugar temos as refeições realizadas em praças de alimentação de *shoppings* e lanchonetes, ambientes movimentados e pouco aconchegantes. E no lugar do tradicional "arroz com feijão" temos os novos produtos alimentícios, fabricados pela indústria, que têm conquistado um público crescente, principalmente nos grandes centros, onde o *fast-food* é uma realidade para milhões de indivíduos.

Tal situação é ainda mais potencializada com a inserção da mulher no mercado de trabalho, pois, com a diminuição da disponibilidade de tempo para o preparo de refeições, utilizam-se desses alimentos prontos ou semiprontos para a preparação das refeições, modificando, assim, o comportamento alimentar de toda a família, o que gera mais um conflito na questão alimentar.

Como economizar tempo no preparo das refeições e procurar as opções mais saudáveis para a família? Quais são essas opções mais saudáveis? Questionamentos dessa natureza são considerados intrigantes para muitas mulheres.

Esse mesmo raciocínio pode ser utilizado para entender a inserção dos *self-services* e dos *deliverys* nas práticas alimentares da população moderna.

Infelizmente, no Brasil, observa-se a valorização do modelo alimentar

norte-americano como referência de modernidade, como símbolo do "Primeiro Mundo". O crescimento das cadeias de lanchonetes estadunidenses no Brasil reflete a adesão ao que representa o “ideal americano”. Dessa forma, temos as redes de lanchonetes e *fast-food*, como as lojas do McDonald's, Pizza Hut, Apple Bees, e Burger King, que estão em constante crescimento. Atualmente, observa-se não só a venda de hambúrgueres, mas também de pizzas, cachorros-quentes, esfirras, salgadinhos fritos e/ou assados, pratos prontos e/ou congelados, etc. Ao mesmo tempo, aumentou o consumo de refrigerantes, molhos artificiais e industrializados, produtos lácteos, chocolates, doces, bolos e sorvetes.

Entender as mudanças no perfil alimentar de determinada população é importante para compreender o processo de transição (ou transformação) nutricional apresentada, uma vez que a quantidade e qualidade da alimentação com a ocorrência de enfermidades, como diabetes, hipertensão, arteriosclerose e obesidade, têm sido frequentemente correlacionadas.

A partir daí, verificam-se algumas consequências imediatas na saúde do ser humano e em seu estado nutricional. As doenças nutricionais do passado, como desnutrição, beribéri, pelagra e escorbuto eram carenciais devido à falta de nutrientes. Com a transformação do perfil epidemiológico da população, as doenças nutricionais estão sendo causadas pelos excessos alimentares e por hábitos e estilos de vida inadequados. Daí a explicação para a alta incidência de obesidade, hipertensão, diabetes e doenças cardíacas como a arteriosclerose.

2 O contexto social e emocional da alimentação

Nos humanos, os hábitos alimentares são determinados por condições culturais, sociais, psicológicas, fisiológicas, econômicas e tecnológicas que fazem parte da identidade da própria comunidade ou sociedade. Além disso, a composição desses hábitos não se trata somente do que se come, mas onde, como, com que frequência e o que se pretende simbolizar ou representar com o alimento.

Antes de discutirmos os aspectos sociais e emocionais que envolvem o hábito alimentar, é importante entender as funções sociais da alimentação, que podem ser expressas por importantes considerações.

Acompanhe:

- A alimentação participa da construção e da manutenção das identidades sociais, pois, quando se come um alimento, ingerem-se, além dos nutrientes, os sinais e símbolos que ele representa para determinada comunidade;
- Através da alimentação, o indivíduo pode afirmar uma posição social, visto que os grupos sociais se sustentam e se reconhecem por suas preferências e aversões;
- A alimentação tem a capacidade de conservar ligações sociais, quando são oferecidos alimentos ou bebidas a visitas, ou de formar grupos de encontros cuja justificativa gira em torno da comida;
- A alimentação traz consigo alusões temporais, tanto no sentido de relembrar o passado, como um alimento que faz lembrar a infância, quanto no sentido de atualidade, como, por exemplo, ao fazer uma dieta da moda.

Antes de consumir determinado alimento, é preciso ser capaz de reconheçê-

lo, identificá-lo, entender o seu lugar na sociedade e classificá-lo como apropriado.

Em toda sociedade, dentro da grande diversidade de alimentos considerados apropriados para serem ingeridos, apenas alguns são considerados adequados para o consumo. E mesmo diante dessa classificação, temos uma grande variação do que realmente é considerado alimento, segundo, principalmente, critérios científicos, religiosos e culturais.

O alimento adquire também valores diferenciados conforme o país, a cultura, a religião e as influências de um povo. Alguns costumes considerados peculiares e, em algumas vezes, até bizarros por determinadas culturas são absolutamente habituais para outras comunidades. No Brasil, por exemplo, são vários os fatores envolvidos nessa questão: a colonização portuguesa, a influência dos africanos, dos indígenas e, de maneira geral, de todos os outros imigrantes que aqui chegaram. Outra grande influência é da cultura de massa e dos hábitos que são vendidos pela mídia, resultado da globalização e industrialização de alimentos.

É necessário entender também que, para o ser humano, o alimento não constitui apenas um substrato capaz de fornecer energia e nutrientes, e seu adequado consumo deve ser objeto de preocupação e estudo.

Indo além, é possível dizer que, para o homem, o ato de se alimentar ultrapassa as questões fisiológicas ou da seleção do que é saudável, acessível ou mais barato, existindo também uma importante relação emocional e social com a alimentação.

Essa relação emocional está atrelada às experiências emocionais e se inicia durante o aleitamento materno. Envolve também o prazer, a lembrança, a relação com algo ou com alguém. É praticamente impossível separar o lado fisiológico do psicológico da alimentação.

Já a relação do alimento com a vida social fica evidenciada no ato de participar de refeições em grupo, de servir ou oferecer alimentos para visitas ou convidados, de preparar refeições comemorativas, de sair de casa para almoçar ou jantar, etc, quando o ritual não envolver uma questão de necessidade e sim de confraternização. Além disso, temos o crescente interesse pela culinária e pela gastronomia, que, para muitas culturas, é constituído por práticas consideradas artísticas e que caracterizam a identidade de uma nação.

A partir dessa visão, surgem algumas questões importantes: o que leva um

indivíduo a comer além da fome? É possível obter essa resposta conhecendo a sua história? Quais são os valores e significados que o alimento e ou a alimentação representam para ele?

Colocar, portanto, o alimento em um contexto apenas científico e nutricional pode ser um equívoco. O alimento é cheio de simbologias e carregado de diferentes significados, tanto em nível comunitário, cultural e familiar quanto individual.

Diante do exposto, fica claro também que a forma com que os adultos (os pais), por exemplo, ensinam as crianças a comer desempenha importante papel na confecção e assimilação da relação com os alimentos. Muitos pais, por exemplo, na pretensão de que seus filhos se alimentem, utilizam da estratégia da gratificação (premiação/recompensa). As crianças são recompensadas por comerem aquilo que faz bem, como carnes e vegetais, através do que faz mal, como doces e guloseimas. Nessa manobra, as guloseimas não são oferecidas, caso a refeição ou alimento saudável não seja consumido. Mas o que muitos pais não sabem é que o grande risco dessa prática está no fato de que as crianças podem interpretá-la considerando alimentos pouco saudáveis como confortantes e prazerosos.

Muitos aspectos podem ser destacados para melhorar a compreensão do que se pode chamar de psicologia da escolha do alimento. Entre os diversos fatores envolvidos na alimentação, inclusive os já citados, destaca-se também a disponibilidade e acesso aos alimentos, que estão atrelados a condições financeiras de uma comunidade ou de modo individual.

Diante de tal situação, uma investigação nutricional completa deve incluir todas essas complexidades. Isso porque é importante entender o motivo do alimento, responsável direto pela manutenção do funcionamento do corpo e não apenas da saúde, ter se tornado algo tão ameaçador. Além disso, tendo em mente os valores que a alimentação pode representar para o grupo social e considerando os aspectos capazes de interferir e modular os hábitos alimentares, o profissional de Nutrição pode ter melhores condições de elaborar e direcionar de maneira mais eficiente as orientações nutricionais e dietéticas para seu paciente.

3 O culto ao corpo: pressão sociocultural pela magreza

Utilizamos o nosso corpo como meio de comunicação verbal e/ou corporal. A postura, os gestos, o olhar, a expressão facial, o toque e o tom de voz estão impregnados de uma série de revelações psíquicas (emoções, sentimentos, intuições e sensações). O corpo literalmente fala, expressa desejos e emoções.

Esse mesmo corpo, desde os primórdios, tem sido utilizado para a representação da imagem e aparência física do ser humano. E a sociedade atual vive de forma intensa o fenômeno do culto ao corpo e do padrão hegemônico de beleza magra. Hoje, ser e estar magro é uma representação de poder e status.

O homem sempre se preocupou com a sua imagem e aparência física e sempre estabeleceu padrões de beleza para tal representação. A todo momento, mesmo sem perceber, fazemos julgamentos estéticos sobre o que enxergamos, sejam objetos, pessoas ou paisagens. Um ótimo exemplo é a internet, onde podemos encontrar *blogs*, *sites* e redes de relacionamento promovendo e legitimando o modelo de corpo conforme as regras.

Esse ideal de corpo perfeito vem sendo considerado o mais belo, precioso e brilhante de todos os objetos de consumo e que uma parcela significativa da população deseja alcançar. As curvas da modelo Gisele Bündchen deslumbram os homens e provocam inveja nas mulheres. Contudo, o padrão atual é absolutamente rigoroso e estereotipado, apenas o corpo magro é valorizado e passível de ser considerado como esplêndido, embora seja óbvio que a beleza e magreza não apresentem afinidade natural.

Tal padrão, que determina a inclusão ou a exclusão social é, na verdade, inatingível, ou acessível a apenas uma pequena parcela da população dotada de características genéticas favoráveis para alcançar tal protótipo, sem muitos sacrifícios. Alguns indivíduos, na busca por esse ideal, escolhem o corpo como único representante de si e o controle de seu peso corporal como objeto de desejo ou única meta a ser alcançada. Nesse anseio, não percebem o quanto cruel pode ser essa busca pela beleza, que, muitas vezes, nunca é alcançada. Como consequência, tais indivíduos passam a não acreditar em si mesmos, tudo em nome de um modelo que permanecerá inexistente.

Entender a transição e o papel do corpo na atualidade é tarefa complicada e

elemento de estudo de todas as ciências e profissionais envolvidos nesse contexto. O que é beleza? Quais atributos ditam o belo? Qual é o papel da cultura, política, economia nessa definição? Em que momento se nomeou tal padrão como belo? Esses são apenas alguns dos pontos a serem discutidos.

E toda essa realidade influencia – e muito – nos nossos hábitos alimentares. Vive-se, atualmente, a ditadura da lipofobia: nada de gorduras, nada de exageros. Mas como comer pouco, de forma moderada e saudável, em um mundo inquieto, impulsivo, que oferece excesso de alimentos, de dietas e de conflitos o tempo todo?

Portanto, temos como resultado um sofrimento emocional imenso e não é difícil compreender por que estamos às voltas com tantos problemas alimentares, que variam da anorexia (privação e negação alimentar) até a obesidade mórbida (abusos e excessos alimentares).

Considerações importantes

Embora a família, as condições socioeconômicas e as questões culturais sejam determinantes na formação dos hábitos alimentares não se pode deixar de mencionar que outros fatores, que não foram abordados nesta revisão, como a escola e as redes sociais, são potencialmente modificáveis e também influenciam nesse processo.

Dessa forma, a orientação e educação nutricional devem ter como objetivos a transmissão de informações nutricionais, a mudança de crenças relativas à alimentação e, principalmente, deve ser direcionada à família. Isso porque os pais têm um papel relevante no processo de aprendizagem, definição das preferências e de hábitos alimentares, podendo estimular uma prática alimentar saudável para os seus filhos.

Módulo 2

Entendendo a evolução dos transtornos alimentares

Transtornos alimentares são enfermidades psiquiátricas debilitantes, caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos de controle da massa corporal. São também definidos como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Atingem, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo ocasionar graves danos biológicos, psicológicos e aumento da morbimortalidade.

Entre os distúrbios alimentares, destacam-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, os quais serão abordados neste conteúdo.

A anorexia nervosa defini-se como a perda de peso intensa e, praticamente em todos os casos, esse déficit é resultado de uma restrição alimentar extremamente severa.

Já a bulimia nervosa é marcada por intensa e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos, acompanhados de práticas compensatórias impróprias para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite e laxantes), dietas restritivas e excesso de exercícios físicos. A principal característica psicológica da bulimia nervosa é uma excessiva preocupação com o peso e com a forma física.

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) caracteriza-se por episódios de compulsão alimentar seguidos de angústia. Atualmente é definido como a ingestão, em um período restrito de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um intervalo semelhante, sob circunstâncias similares, com sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio.

Através de uma breve revisão histórica será possível evidenciar a existência dessas enfermidades ao longo do tempo e iniciar uma discussão sobre as relações entre tais doenças e os aspectos socioculturais. Veja a seguir.

4 Histórico e evolução dos transtornos alimentares

Neste capítulo, veremos um histórico evolutivo da anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa e da compulsão alimentar periódica, que são alguns dos principais transtornos alimentares. Acompanhe.

Anorexia nervosa (AN)

Os primeiros relatos de prováveis quadros de anorexia nervosa surgem na Idade Média, de acordo com as descrições do modo de vida das santas e beatas da Igreja Católica, com suas práticas de asceticismo. É significativamente grande o número de mulheres beatificadas pela Igreja que fizeram do jejum autoimposto uma prática comum em suas vidas.

No século XIII, mulheres recorriam ao jejum para se purificarem e se aproximarem de Deus, as chamadas “santas anoréxicas”. O quadro era acompanhado de perfeccionismo, autossuficiência, rigidez no comportamento, insatisfação pessoal e distorções cognitivas.

Um dos casos mais conhecidos, ocorrido no século XIV, é o de Catarina Benincasa, reconhecida pelo Catolicismo como Santa Catarina de Siena, que aos 16 anos recusou o plano de casamento imposto por seus pais, jurando manter-se virgem. Entrou para o convento, onde se alimentava de pão e alguns vegetais, se autoflagelava, eventualmente provocava vômitos com ingestão de plantas e chegou a beber pus de um doente em negação à fome. Catarina considerava-se uma ascética, termo que indicava aqueles que negavam os prazeres mundanos (como alimentação, bebida e casamento). Ali permaneceu até a morte, por volta dos 32 anos.

Essas mulheres, por meio de uma vida simples, ausente de luxúrias e na qual se fazia da dor um ato de bravura com vistas à purificação, tornaram-se modelos de coragem, pois, além de se rebelarem contra o papel destinado à mulher, na época, de submissão e procriação, descobriram um modo de adquirir uma identidade própria de não subordinação ao desejo alheio. Além disso, o fato de recorrerem a jejuns excessivos, que levavam a um emagrecimento assustador, acrescido da conseqüente amenorreia, leva a pensar que essa talvez tenha sido a

forma encontrada por tais mulheres como forma de lidar com a angústia e as dificuldades frente à sexualidade.

Conta-se, por exemplo, que Santa Wilgefortis (do latim "*virgo fortis*", ou virgem forte), também conhecida como Santa Liberata na Península Ibérica, para não se casar com o homem escolhido por seu pai, jejuou até perder os contornos femininos e crescer uma penugem sobre o seu corpo. Seu pai, como forma de castigo pela sua desobediência, mandou crucificá-la.

Richard Morton, em 1694, foi o primeiro a relatar a anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em se alimentar e ausência de ciclos menstruais, que acabou morrendo de inanição com suas capacidades mentais básicas preservadas.

Em 1873, Charles Laségue, referiu-se à anorexia nervosa como um mal autônomo e descreveu o transtorno da seguinte maneira: “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo...” cuja “falta de apetite é ...decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica...”

Segundo William Gull (1874), que utilizou pela primeira vez a expressão "anorexia nervosa" em uma conferência em Oxford, a condição é assinalada como uma forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo. Gull considera que a ausência de apetite, principal característica da doença, “é decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica”, descartando a possibilidade de que uma enfermidade orgânica explicasse a anorexia.

No fim do século XIX, em 1893, Freud descreveu um caso de anorexia tratado com hipnose e um ano mais tarde apresentou a doença como uma psiconeurose de defesa, ou neurose da alimentação com melancolia.

O psiquiatra francês Pierre Janet, em 1903, descreveu o caso de Nádia, uma garota de 22 anos que manifestava vergonha e desprezo do seu corpo com constante anseio de emagrecer, quadro que designou de “anorexia mental”. Pierre relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de adiar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos de anorexia: a obsessiva, caracterizada pela presença de fome com rígido controle, e a histérica, em que ocorre ausência ou negação desse desejo (ou sensação).

Por volta de 1989, foi descrito por Habermas um caso pioneiro e altamente sugestivo de anorexia nervosa em uma serva que viveu no ano de 895. Uma

jovem, após apresentar um apetite voraz e descontrolado, para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e nele, com o passar dos anos, foi diminuindo a sua alimentação até ao ponto de realizar longos jejuns. Mesmo que, no início, ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, ligeiramente seu quadro foi piorando até chegar à morte em consequência de uma desnutrição grave. Habermas também relata a descrição feita por Jean Martin Charcot, neurologista parisiense, no início do século XX, sobre a busca da magreza e da preocupação excessiva com a forma corporal na anorexia nervosa. Além disso, parece ter sido Charcot o primeiro a mencionar o uso de espaltilhos de maneira abusiva para demonstrar um corpo mais magro e elegante.

E foi em 1973 que Hilde Bruch propôs a psicopatologia central da anorexia nervosa sustentada por três áreas de perturbação do funcionamento psíquico:

- Transtornos da imagem corporal;
- Transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais, como, por exemplo, reconhecimento da fome; e
- Uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades do paciente.

Bulimia nervosa

O termo "*boulimos*" já era usado séculos antes de Cristo. Hipócrates o utilizava para caracterizar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica e Aristófanes o empregava como sinônimo de apetite voraz, desencadeado por algo pouco comum.

O comportamento de induzir o vômito pode ser encontrado desde a antiguidade e observado como uma prática valorizada por muitos anos. Os egípcios antigos, por exemplo, vomitavam e usavam purgativos por três dias consecutivos a cada mês, em razão da crença de que todas as doenças eram provenientes da comida. Da mesma forma, Hipócrates indicava a indução do vômito como forma de prevenir doenças, recomendando o ato por dois dias consecutivos todo mês. O *vomitorium*, criado pelos romanos, era um local destinado ao vômito após grande ingestão de alimentos durante os banquetes.

Observa-se que os eméticos, bem como os purgantes, foram, durante um longo período, uma das poucas prescrições médicas para qualquer tipo de doença.

Mas a bulimia começou a ser mais estudada a partir de 1940, quando foi descrita junto com a anorexia.

A partir dos anos 60, começou a crescer o interesse pelos transtornos alimentares no campo da pesquisa e no público de maneira geral, em decorrência do aumento da divulgação por parte da mídia, a ocorrência em pessoas famosas e a maior valorização da forma física.

O termo "bulimia nervosa" foi introduzido por Gerald Russell e vem dos termos gregos "*bous*" (boi) ou "*bou*" (grande quantidade) associado com *limos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi. Russel teve uma importante participação, pois desenvolveu um trabalho onde foram investigadas pacientes com peso normal que apresentavam uma espécie de fobia, pânico de engordar, episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos. Como algumas dessas pacientes, no passado, apresentaram anorexia nervosa, em primeiro instante, o estudioso entendeu que a bulimia seria uma sequela da anorexia, percebendo posteriormente o caráter autônomo do quadro. Ele chegou a essa conclusão porque 20% a 30% das pacientes bulímicas apresentaram uma história pregressa de anorexia nervosa, em geral, de curta duração. Tal estudo foi importante na caracterização da bulimia nervosa e, de maneira geral, nas histórias dos transtornos alimentares.

Até os anos 70, a bulimia não havia sido reconhecida como um transtorno psiquiátrico. Ela só passou a ser mencionada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III) nos anos 80. A partir daí, ocorreu uma maior conscientização e aprimoramento das técnicas do diagnóstico e dos métodos de tratamento de tal enfermidade.

Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Atualmente, o comportamento de compulsão alimentar ou, em inglês, "*binge eating*", é específico, definido por um excesso alimentar acompanhado de perda de controle. Porém, nas primeiras descrições, que datam do século XV, era caracterizado como um sintoma que poderia estar presente em diversos transtornos. Desde essa época, aparecem descrições de uma forma de apetite voraz, designada com o nome "bulimia". Hoje, aplica-se o nome compulsão

alimentar, mas não raramente encontramos ainda como sinônimo o termo "comportamento bulímico".

O ato de compulsão alimentar foi descrito pela primeira vez por Stunkard, em 1959. Naquele momento, o hábito era marcado como comportamento observado entre indivíduos obesos, os quais, segundo Stunkard, apresentavam um consumo exagerado de comida em um curto espaço de tempo, seguido por sentimentos de desconforto físico e de autocondenação.

Mas a partir da década de 70, começou a surgir a ideia de que a compulsão alimentar poderia se tratar de uma síndrome, surgindo relatos de indivíduos que a apresentavam associada a comportamentos compensatórios para prevenção de ganho de peso.

Em 1977, Wermuth *et al.* ampliaram a definição realizada por Stunkard e desenvolveram os seguintes critérios diagnósticos para a síndrome da compulsão alimentar periódica:

- Ingestão rápida, impulsiva, episódica e sem controle de grandes quantidades de alimentos em um período de tempo relativamente curto;
- O episódio termina apenas quando há desconforto físico (por exemplo, dor abdominal). Vômitos autoinduzidos podem ocorrer, mas não são necessários para o diagnóstico;
- Sentimentos subsequentes de culpa, desprezo por si ou remorso.

Em 1980, o DSM III passou a adotar esses critérios com pequenas modificações e denominar o transtorno de "bulimia". As características da bulimia no DSM III são:

- Episódios bulímicos recorrentes (consumo rápido de grandes quantidades de alimentos em um período de tempo limitado, habitualmente inferior a duas horas);
- Pelo menos três das seguintes características: consumo de alimentos hipercalóricos, facilmente ingeríveis, durante um

episódio bulímico; ingestão em segredo durante o episódio bulímico; encerramento de tais episódios por dores abdominais, sono, interrupção da vida social ou vômitos voluntários;

- Tentativas repetidas de perder peso por dietas restritivas, vômitos voluntários ou utilização de laxantes ou de diuréticos;
- Frequentes oscilações ponderais, superiores a 5 kg, decorrentes dos episódios bulímicos e jejuns;
- Consciência do caráter anormal desse comportamento alimentar e medo de não poder parar voluntariamente de comer;
- Humor depressivo e autodepreciação após os episódios bulímicos;
- Os episódios bulímicos não são provocados por anorexia nervosa ou outro distúrbio físico conhecido.

De acordo com Devlin (1996), vários grupos vinculados ao desenvolvimento do DSM IV trabalharam em conjunto na concepção de critérios para uma nova categoria entre os transtornos alimentares, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Tal sugestão baseou-se na observação de que, entre os indivíduos obesos que buscavam tratamento em programas universitários envolvendo transtornos alimentares, uma parcela significativa não era atendida por não preencher critérios diagnósticos para anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Muitos desses pacientes apresentavam a compulsão alimentar, mas não os comportamentos compensatórios inadequados para prevenção de ganho de peso, conforme critério requerido para bulimia nervosa. E, a partir dos anos 80, esse extenso subgrupo classificado na categoria de “transtorno alimentar sem outra especificação” passou a despertar o interesse de vários estudiosos da área.

Spitzer publicou um artigo no International Journal of Eating Disorders, em

1991, defendendo a legitimidade desse diagnóstico e solicitando que novos estudos sobre o TCAP fossem realizados, para que o grupo incumbido da elaboração do DSM IV pudesse julgar a inclusão ou não da nova categoria diagnóstica. O TCAP foi, então, adicionado no Apêndice B do DSM IV e designado para categorias diagnósticas que necessitam de maiores investigações. Sendo assim, para o diagnóstico desse tipo de transtorno, é necessário que se tenha a presença de episódios repetitivos de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos seguintes critérios:

- Ingestão, em um período restrito de tempo (por exemplo, dentro de um intervalo de duas horas), de uma quantidade de alimento absolutamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período e sob circunstâncias similares;
- Sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo).

Os episódios de compulsão periódica também podem estar relacionados a três (ou mais) dos seguintes critérios:

- Comer muito mais rápido do que o normal;
- Comer até sentir-se incomodamente repleto;
- Comer grandes quantidades de alimentos, mesmo sem fome alguma;
- Comer sozinho, por vergonha da grande quantidade de alimentos que consome;
- Sentir aversão por si mesmo, depressão ou excessiva culpa após comer excessivamente;
- Exacerbada angústia referente à compulsão periódica.

Em relação ao último item descrito, é importante entender que a compulsão periódica ocorre pelo menos dois dias por semana, durante seis meses. O método de determinação da frequência é diferente do utilizado na bulimia. Novos estudos devem conduzir a decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, calcular o número de dias nos quais ocorre a compulsão ou propor o número de episódios de compulsão periódica.

A compulsão periódica não está relacionada ao uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns, exercícios excessivos) e nem ocorre durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Pode-se notar que, de 1980 até hoje, foram ocorrendo transformações na definição de compulsão alimentar. No DSM III, a expressão "compulsão alimentar" se referia ao consumo rápido de grandes quantidades de alimentos em um período de tempo limitado, o que foi praticamente mantido no DSM III-R. Já no DSM IV, houve algumas modificações: a expressão "consumo rápido" foi excluída por não ser uma característica presente em todos os indivíduos com compulsão alimentar. Preservou-se a questão do tempo da compulsão em um período demarcado, ou seja, é necessário que o comportamento se dê em um único momento. Indivíduos que "beliscam" o dia inteiro não preenchem os requisitos de compulsão alimentar. Explicitou-se também o que é uma grande quantidade de alimentos ("maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares") e acrescentou-se o sentimento de perda de controle. Até então, "perda de controle" fazia parte dos critérios diagnósticos de bulimia nervosa, mas não da definição da compulsão alimentar.

Como vimos, a caracterização do comportamento de compulsão alimentar vem sofrendo modificações desde a primeira vez em que foi relatado. Contudo, uma particularidade sempre presente e atualmente considerada mais importante é a qualidade intrínseca a esse ato de comer: como um "ataque", fazendo com que o indivíduo não tenha liberdade em optar entre comer ou não, tornando-o refém de um impulso praticamente incontrolável. Tal acometimento, em um primeiro instante, proporciona-lhe prazer e, em um segundo momento, provoca um sentimento de culpa e sofrimento.

5 Epidemiologia dos transtornos alimentares

Tais enfermidades estão, cada vez mais, se tornando foco da atenção dos profissionais e órgãos governamentais da área da saúde, porque são dotadas de inúmeras complicações clínicas, o que aumenta os riscos de morbimortalidade. É com base nisso que vem crescendo o número de estudos epidemiológicos e de acompanhamento para observar a evolução das doenças alimentares ao longo do tempo, bem como seus fatores envolvidos no bom e mau prognóstico.

Anorexia nervosa (AN)

Segundo trabalhos científicos realizados nos Estados Unidos e Europa, a incidência da anorexia nervosa em mulheres jovens pode passar de 1,43 por 100 mil para 50 por 100 mil pessoas anualmente.

A estimativa da prevalência é entre 0,5% a 1%, podendo elevar-se ao serem consideradas síndromes chamadas parciais, isto é, casos de pacientes que não apresentam a doença totalmente desenvolvida, seja pela presença dos ciclos menstruais ou pelo fato de a perda de peso não ser tão intensa quanto o esperado. Embora a anorexia nervosa comece, na maior parte das vezes, na adolescência, casos com início na infância e após 40 anos também têm sido observados.

Cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino, com maior incidência nos indivíduos da raça branca e das classes sociais média e alta. Porém, nos últimos anos, em razão do desenvolvimento de novos casos em indivíduos de classe sociais mais baixas, essa relação vindo sendo contestada, demonstrando que pacientes dessa natureza podem pertencer a qualquer classe social.

Considera-se que a incidência em mulheres jovens seja de aproximadamente 8 para cada 100 mil indivíduos. Nos homens, o índice é de 0,5 por 100 mil. Ainda em relação aos pacientes do sexo masculino, parece haver elevado número de homossexuais, embora sem confirmação epidemiológica.

Existe também uma estreita relação da AN com determinadas profissões, principalmente as ligadas à estética, performance e estrutura corporal, como é o caso de bailarinas, atletas, modelos e profissionais da moda, atores e atrizes, estudante de Nutrição, Medicina e Psicologia.

Pacientes portadores de diabetes, fibrose cística e espinha bífida têm maiores probabilidade desenvolver a doença.

Esse distúrbio, entre os transtornos psiquiátricos, é o que apresenta as maiores taxas de morbimortalidade. Sendo que metade das mortes se dá em decorrência de suicídio e a outra metade por complicações clínicas decorrentes do quadro, principalmente por arritmias cardíacas. Estima-se que a mortalidade em indivíduos do sexo feminino seja 12 vezes maior que a observada em uma população saudável do mesmo sexo e faixa etária.

Portanto, por serem escassos e, em muitas vezes, não conclusivos, pode haver uma subestimação dos casos. E se considerarmos os erros e dificuldades no diagnóstico, principalmente dos casos parciais e as migrações diagnósticas (pacientes nos quais havia sido identificada bulimia nervosa e passaram a preencher os critérios para anorexia nervosa), esses índices podem ser ainda maiores. Isso sem contar que muitos pacientes portadores de transtornos relacionados à alimentação, em especial aqueles com AN, não se julgam doentes, o que prejudica as estimativas populacionais.

Bulimia nervosa

Assim como na anorexia nervosa, alguns grupos ou profissões onde a estética e a forma física são valorizados possuem maiores riscos de desenvolverem a bulimia nervosa, como modelos e outros profissionais da moda, jogadores e atletas, como ginastas, bailarinos e boxeadores, além de estudantes universitários, como os de Nutrição, Medicina e Psicologia.

Os estudos epidemiológicos de bulimia nervosa mostram uma prevalência entre 1 e 4%, podendo ser maior se quadros parciais forem considerados. Há maior acometimento do sexo feminino, sendo 90% de mulheres e 10% de homens. A maioria dos pacientes é também da raça branca e de classe social média ou alta.

A prevalência de pacientes do sexo masculino tem crescido e com maior incidência em homossexuais. Os quadros clínicos apresentados pelos homens são semelhantes aos das mulheres; e, portanto, podem ser tratados na mesma forma.

Frequentemente, o início da doença é um pouco mais tardio quando comparado com o da anorexia nervosa, ocorrendo, habitualmente, no fim da

adolescência e no início da idade adulta.

De maneira geral, têm aumentado os casos de bulimia nervosa em países em desenvolvimento e na região oriental. Além disso, a prevalência no Japão tem índices semelhantes aos do mundo ocidental.

Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Em decorrência da indefinição de alguns critérios de diagnósticos, as taxas de prevalência do TCAP são bem variadas. Isso porque, dependendo da interpretação do investigador em relação à subjetividade de tais critérios, um número significativo de indivíduos podem ser excluídos ou incluídos nessas averiguações populacionais.

Informações epidemiológicas revelam que, na população geral, o fenômeno de compulsão alimentar periódica varia de 0,7 a 4 %, enquanto que estudos mais criteriosos mostram uma prevalência de 1%. Nenhuma das pesquisas analisou a sua incidência. O transtorno acomete pessoas de todas as raças, sendo mais comum entre as mulheres, na proporção de três mulheres para cada dois homens, e o início do quadro geralmente ocorre no fim da adolescência.

Particularmente, entre os pacientes obesos, o número de casos existentes de TCAP é bem elevado e, quanto maior o grau da obesidade, mais ascendente será esse número. Para esse grupo populacional, a proporção de casos existentes é de 8%, elevando-se para 25 a 50% entre os obesos dos graus II e III, respectivamente. Essa pode ser considerada uma das razões, se não a principal, para uma maior atenção médica a esses pacientes.

Além da obesidade, o TCAP é também comumente associado a outros transtornos alimentares, como as perturbações da imagem corporal, e a outras confusões emocionais em geral: depressão, ansiedade e impulsividade.

Sendo assim, parece não haver diferença significativa de prevalência do TCAP entre os gêneros, apresentando uma amena tendência entre as mulheres. Para uma melhor dimensão desses transtornos, torna-se necessária a especificação e aprimoramento dos critérios de diagnósticos, além da utilização adequada dos instrumentos de investigação epidemiológica.

Considerações importantes

O aumento na incidência e prevalência dos transtornos alimentares está

diretamente relacionado ao intenso desejo e culto à forma física tida como perfeita. Tal objetivo vem sendo imposto pelos novos padrões de vida; nos quais, o aspecto ou aparência física parece ser o único sinônimo verdadeiro de êxito, felicidade e, até mesmo, saúde.

A realização de estudos epidemiológicos apresenta inúmeras dificuldades, tanto relacionadas ao correto diagnóstico dos transtornos alimentares quanto pela negação do paciente em aceitar a doença e procurar ajuda profissional. Além disso, existe a questão da busca por tratamento apenas nos casos de maior gravidade. Essas dificuldades podem interferir nos resultados finais, decorrendo em incidência e prevalência subestimadas.

Módulo 3

Etiologia e critérios de diagnósticos dos transtornos alimentares

Nas últimas décadas, ocorreu uma rápida evolução na discussão dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares, o que decorreu do aumento do interesse e da importância epidemiológica de tais enfermidades.

Todavia, mesmo diante de tal progresso, o conhecimento em relação ao estudo da origem dos distúrbios alimentares permanece limitado. No entanto, sabe-se que a etiologia dessas condições é multifatorial e, na maioria das vezes, inclui a interação de predisposição tanto de fatores genéticos quanto ambientais. Essas interações e sua contribuição para o risco são desconhecidas. Além disso, acredita-se que elas variem, e de forma significativa, entre os indivíduos. Portanto, para se familiarizar com todo esse contexto, acompanhe os capítulos a seguir.

6 Anorexia nervosa (AN)

Em meio às desordens psiquiátricas, a AN apresenta os mais expressivos percentuais de morbimortalidade. Uma parcela dos óbitos em pacientes com AN ocorre por suicídio e a outra em decorrência de complicações clínicas, principalmente por arritmias cardíacas. Considera-se que, no caso das mulheres, a mortalidade seja 12 vezes maior que a observada em população saudável de mesmo sexo e faixa etária.

Etiologia

A causa da AN está principalmente relacionada a ações e relações de fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos, os quais estão atrelados ao desenvolvimento e manutenção do comportamento alimentar. Portanto, quanto maior a compreensão da conexão entre tais fatores, maior e mais eficaz será a prevenção e o tratamento de tal enfermidade.

Fatores psicológicos

Apesar de não englobar todos os casos, existe um modelo de definição psicológica dos portadores de AN que pode servir para a identificação de características comuns nesses pacientes. Veja a seguir:

- Alta esquivas ao dano e baixa busca por recompensas;
- Imensa preocupação com autonomia, identidade e separação;
- Distúrbios perceptuais e da imagem corporal;
- Preocupação excessiva com o peso;
- Distúrbios cognitivos (crenças disfuncionais);
- Autocrítica acentuada, perfeccionismo, sensibilidade a

críticas, baixa autoestima e ansiedade interpessoal aumentada;

- Abuso físico e sexual na infância.

Fatores biológicos

Diversas variáveis biológicas participam do processo ou mecanismo responsável pela AN, mas não como fatores causais e, sim, como elementos precipitantes, caso, por exemplo, das modificações hormonais ocorridas durante a puberdade; ou sustentadores, definição em que se encaixa a consequência fisiológica e psicológica da desnutrição nesses pacientes.

Ainda que não esteja claramente compreendida, existe uma associação familiar da AN que revela a presença de fatores biológicos envolvidos nessa condição, como, por exemplo, a maior incidência de casos de AN entre gêmeos homozigóticos em comparação com heterozigóticos.

Em decorrência de alterações e/ou modificações na neurotransmissão, assim como em outros problemas psiquiátricos, podem ocorrer transformações nos moduladores da fome. Ocorre, por exemplo, aumento do cortisol sérico, condição que induz a diminuição do apetite, hipogonadismo hipotalâmico e redução do interesse sexual.

Mesmo sendo importantes indicadores, tais acontecimentos não podem ser considerados únicos e/ou satisfatórios para esclarecer os transtornos da alimentação.

Fatores ambientais

Entre os fatores ambientais, destacam-se as influências familiar e cultural sobre tais pacientes.

Influência familiar

Em relação à influência familiar, existe uma constatação de que as taxas de transtornos relacionados à alimentação entre parentes de primeiro grau são seis a 10 vezes maiores do que na população em geral.

Já a incidência intrafamiliar, pode ser compreendida não apenas como um fator hereditário, mas também como resultado da influência do aprendizado comportamental. Alcoolismo, transtornos afetivos e obesidade também são mais comuns entre familiares de pacientes com transtornos relacionados à alimentação.

Ainda nesse contexto, a rigidez familiar, as relações parentais disfuncionais e a grande importância dada às aparências, tanto na questão física quanto na performance individual, são apontadas como possíveis fatores de influência sobre o aparecimento desse transtorno. Pais excessivamente preocupados com os filhos e protetores também podem contribuir para a causa e/ou desenvolvimento da AN.

Cultura

A atmosfera cultural associada ao modismo é determinante no surgimento e sustentação da AN. Atualmente, os padrões de beleza e de saúde estão vinculados à magreza, condição que eleva a pressão sociocultural por ideais estéticos esguios, e até caquéticos. Infelizmente, hoje em dia, a magreza vem sendo considerada, por muitos, sinônimo de felicidade e sucesso. E, conforme mencionado no módulo anterior, existem algumas profissões consideradas de risco para transtornos da alimentação, como é o caso de modelos, bailarinos, atletas, atores e estudantes de Medicina, Nutrição e Psicologia.

De maneira geral e para facilitar a compreensão, os principais componentes etiológicos da AN podem ser agrupados em predisponentes, precipitantes e sustentadores. Acompanhe.

Predisponentes (aqueles que predisõem)

- Gênero (no caso, o feminino);
- Histórico familiar de transtorno alimentar;
- Problemas relacionados à baixa autoestima;
- Perfeccionismo;
- Dificuldade em expressar os sentimentos e emoções.

Precipitantes (aqueles que precipitam):

- Alimentação (restrição ou consumo exagerado de alimentos);
- Dificuldades em lidar com perdas ou separação;
- Modificações na estrutura ou dinâmica familiar;
- Perspectivas imaginárias em relação ao ambiente escolar/trabalho/vida pessoal;
- Proximidade da menarca.

Sustentadores (aqueles que mantêm ou sustentam):

- Alterações neurológicas e endócrinas;
- Deformação da percepção da imagem corporal;
- Alterações cognitivas (problemas relacionados à atenção, percepção, memória, raciocínio, imaginação, pensamento e linguagem);
- Realização de práticas purgativas.

Pode-se ainda identificar os comportamentos mais comuns nos pacientes portadores desse transtorno alimentar. São eles:

- Esconder alimentos no armário, no banheiro ou em roupas;
- Dividir as refeições em pequenas porções;
- Preparar alimentos para os outros;
- Mastigar lentamente pequenas quantidades de comida;
- Rumina o alimento (mastigação seguida de descarte do alimento ou deglutição seguida de regurgitação);

- Evitar realizar qualquer tipo de refeição na presença de outras pessoas;
- Interesse por tudo o que está relacionado à culinária e dietas;
- Elevado conhecimento sobre Nutrição, principalmente sobre as calorias dos alimentos;
- Crença de que os alimentos consumidos se transformam imediatamente em gordura corporal;
- Evitar grupos alimentares específicos, muitas vezes com justificativas ideológicas (vegetarianismo, macrobiótica, etc).

Acompanhe, a seguir, alguns exemplos das principais complicações clínicas decorrentes da anorexia nervosa:

- Pele - aspecto amarelado por hiper胡萝卜素emia, seca e lanugo;
- Cabelos - finos, quebradiços e perda;
- Sistema digestivo - retardo no esvaziamento gástrico, diminuição de peristaltismo intestinal, pancreatite e constipação intestinal, alterações de enzimas hepáticas, lesões esofágicas causadas por vômitos e perda dentária;
- Sistema circulatório - bradicardia, diminuição da pressão arterial, arritmias, insuficiência cardíaca, parada cardíaca, hipotensão postural, alterações do eletrocardiograma e miocardiopatias;
- Sistema excretor - edema, cálculo renal, aumento de ureia sérica, poliúria e desidratação;

- Sistema hematológico - anemia, leucopenia e trombocitopenia;
- Sistema reprodutivo - infertilidade, recém-nascidos com baixo peso, partos prematuros e complicações perinatais;
- Eletrólitos - hipocalcemia, hiponatremia, hipofosfatemia e hipomagnesemia;
- Sistema endócrino - amenorreia; diminuição de gonadotrofinas, estrogênio, hipotireoidismo, aumento de hormônio do crescimento e do cortisol e aumento das leptinas;
- Outras alterações - hipotermia e intolerância ao frio, convulsões, osteopenia, osteoporose, hipoglicemia, atrofia cerebral e modificações neurocomportamentais.

Crêterios de diagnóstico

Como mencionado no módulo anterior, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da American Psychiatric Association, atualmente em sua quarta edição, aponta dois subtipos de AN com base na presença ou na ausência de sintomas bulímicos associados. Esses são:

Restritivo: quando não existe episódio de comer compulsivo ou prática purgativa. Tal restrição alimentar pode estar acompanhada ou não de atividade física excessiva e uso de anorexígenos (inibidores do apetite, hormônios sintéticos, entre outros).

Purgativo: quando há presença de episódios de comer compulsivo e/ou purgação, como indução de vômitos, utilização excessiva de laxantes e diuréticos. Esses comportamentos possuem maiores comorbidades de quadros ligados à impulsividade, incluindo abuso de substâncias, transtornos da personalidade do Cluster B (*borderline*, histriônica, narcisista e antissocial), instabilidade afetiva e maiores índices de suicídio. Além disso, o portador pode

apresentar complicações médicas mais graves devido aos comportamentos purgativos associados ao baixo peso.

A seguir, serão listados os critérios diagnósticos da anorexia nervosa, conforme o DSM-IV e a CID-10, respectivamente.

Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, segundo DSM-IV:

- Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do mínimo adequado à idade e à altura (p. ex., perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso de ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado);
- Temor intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal;
- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo; influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação ou negação do baixo peso corporal atual;
- Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais.

Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, segundo a CID-10:

- Presença de perda de peso ou, especificamente em crianças, falta de ganho de peso e peso corporal mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (ou IMC abaixo de 17,5 kg/m²);
- A perda de peso é autoinduzida, o que se deve ao fato de os pacientes evitarem os alimentos que, segundo os seus critérios, são considerados “alimentos que engordam”;
- Apresentação de distorção da imagem corporal na forma de

psicopatologia específica, com medo de engordar ou ter o corpo “deformado” devido à gordura corporal;

- Ocorre um transtorno endócrino generalizado, que envolve o eixo hipotalâmico hipofisário gonadal e é manifestado em mulheres como amenorreia e, em homens, como perda do interesse sexual e impotência.

Considerações importantes

O DSM-IV e a CID.10, o consideram como critérios necessários ao diagnóstico da AN o baixo peso autoinduzido, as distorções da imagem corporal e as modificações hormonais.

Caso o início da doença seja na fase pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é atrasada ou até mesmo interrompida. O crescimento se descontinua e, no caso das meninas, ocorrem, como consequências, o não desenvolvimento das mamas e amenorreia primária, enquanto que no caso dos meninos, os genitais permanecem juvenis.

Os seguintes elementos fortalecem o diagnóstico, mas não são considerados essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios físicos excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

7 Bulimia nervosa (BN)

Neste capítulo, abordaremos as principais características da bulimia nervosa e os respectivos critérios de diagnóstico.

Etiologia

Igualmente à AN, não existe uma causa específica responsável pelo estabelecimento de um quadro de bulimia nervosa. Acredita-se que são múltiplos os determinantes que contribuem para o surgimento de tal enfermidade, os quais estão diretamente relacionados a fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares.

Fatores biológicos

Alterações de neurotransmissores e moduladores do apetite e da saciedade, como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, têm sido julgados como causas que predispõem o surgimento de transtornos relacionados à alimentação. Todavia, não é certo se tal modificação é primária ou se é resultado do padrão de ingestão desordenado da bulimia nervosa.

Fatores genéticos e familiares

Estudos realizados com familiares de indivíduos portadores de bulimia nervosa sugerem maior taxa de transtornos da alimentação entre os mesmos quando comparados com familiares de grupos de controle normais. E assim como na bulimia nervosa, a incidência de tal enfermidade em gêmeos homozigotos é maior do que nos heterozigotos.

Pacientes portadores desse mal apresentam conflitos intrafamiliares, com dano nas relações interpessoais. Apresentam dificuldades de comunicação com seus parentes e alterações sistêmicas familiares, com ausência de harmonia no núcleo familiar. Essas relações tempestuosas e conflitantes podem ser consideradas sustentadoras dos transtornos da alimentação.

Existem descrições de que pais superprotetores podem ter um papel na causa e desenvolvimento do comportamento bulímico, prejudicando o desenvolvimento de habilidades sociais.

De maneira geral, mães de meninas e jovens com transtornos alimentares são mais críticas a respeito do peso e da imagem corporal de suas filhas, assim como de sua aparência geral. Tal condição pode ser encarada pelas suas filhas como um estímulo à prática de uma alimentação restritiva, assim como de que se devem praticar exercícios físicos exagerados na insensata busca por um corpo “ideal”.

Fatores socioculturais

Nos adolescentes e adultos jovens, tais fatores têm sido responsabilizados como desencadeantes da insatisfação com a imagem corporal e de estilos alimentares inadequados.

Atualmente, a sociedade reforça a obsessão por um corpo magro e perfeito. Um bom exemplo disso é a valorização econômica e a exaltação da mídia às atrizes e modelos (que, de maneira geral, apresentam o peso abaixo do ideal), enquanto há margem para ridicularizações sofridas por obesos, os quais são encarados, muitas vezes, como preguiçosos, desleixados, motivos de chacota e dotados de poucos atrativos.

Fatores psicológicos

Os indivíduos portadores de bulimia nervosa são mais impetuosos, demasiadamente críticos a respeito deles próprios, apresentam baixa autoestima e, em situações de estresse, reagem de forma exagerada.

Crítérios de diagnóstico

Segundo o DSM-IV, os critérios diagnósticos para bulimia nervosa são:

- Ingestão em pequeno intervalo de tempo (por exemplo, cerca de duas horas) de uma quantidade de comida

claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias;

- Sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (por exemplo, a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto come);
- Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos;
- Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses;
- A autoavaliação é indevidamente influenciada por forma e peso corporais;
- O transtorno não ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa;
- Tipo purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas;
- Tipo sem purgação: ausente de práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.

Segundo a CID-10, os critérios diagnósticos para bulimia nervosa são:

- O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia; nos quais, grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana, durante um período de três meses);

- Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão de comer;
- O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais dos seguintes hábitos: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico;
- Há uma autopercepção de estar muito obeso, com pavor intenso de engordar e uso excessivo de exercícios ou jejuns.

Considerações importantes

Assim como na AN, os pacientes com BN tendem a estar geralmente envergonhados e angustiados pelos seus sintomas, de modo que tal condição facilita a aceitação e início do tratamento.

As etiologias propostas para o desenvolvimento da BN incluem modelos como familiar, sociocultural, cognitivo comportamental e psicodinâmico.

Todo caso de BN, com a ausência ou presença de enfermidades psiquiátricas, deveria ser tratada e monitorada por um profissional de saúde mental. Todavia, apenas uma pequena parcela dos indivíduos com TCAP são acompanhados por serviços dessa especialidade da saúde atualmente.

8 Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Neste capítulo, veremos a etiologia e os principais critérios de diagnóstico para o transtorno da compulsão alimentar periódica.

Etiologia

É restrito o número de estudos e pesquisas que avaliam e caracterizam o comportamento alimentar no TCAP, embora algumas questões pareçam comuns.

Geralmente, o início do quadro de TCAP ocorre no fim da adolescência ou algum tempo após os 20 anos de idade, sendo que as mulheres apresentam uma probabilidade 1,5 vez maior de desenvolver o distúrbio em comparação aos homens.

Em relação ao padrão alimentar, é comum que o número de refeições planejadas seja reduzido e ocorra omissão do desjejum e de lanches, com grandes intervalos entre as refeições "beliscadas" e não planejadas e com maior frequência de episódios compulsivos à tarde e à noite. Tal padrão alimentar coincide com o do paciente obeso sem TCAP, contudo, muitas vezes, é descrito com maior intensidade.

A alimentação varia entre tudo e nada, com momentos de consumo alimentar excessivo seguido de consumo insuficiente, ainda que de maneira menos acentuada em comparação aos pacientes com bulimia nervosa.

Existe, aparentemente, uma preferência pelo consumo de alimentos ricos em carboidratos, com alto índice glicêmico, alimentos de alta palatabilidade e de fácil ingestão. Dessa forma, o consumo de gorduras é acentuado (em especial, gorduras saturadas e trans) e o de fibras, vitaminas e minerais, restrito.

As atitudes alimentares no TCAP abrangem pensamentos negativos, obsessão pela comida e autoavaliação focada no controle de ganho de peso e na figura ou aspecto físico, o que reduz a autoestima e pode levar ao aumento da fome.

A maneira de se comportar geralmente é confusa, com ausência de planejamento de horários, rotinas e local das refeições.

Na maioria das vezes, ocorre compra excessiva de alimentos, desorganização no armazenamento dos mesmos e, mesmo diante da compra descontrolada de alimentos, estabelece-se a monotonia alimentar.

A atitude em relação ao alimento parece estar relacionada à dimensão dos episódios, sendo que, quanto mais desordenada a postura, maior o número e extensão dos episódios compulsivos.

É corriqueiro o relato de várias experiências de perda de peso e a alimentação solitária, escondida, realizada com rapidez, com mastigação imprópria e, conseqüentemente, sem percepção dos sinais de saciedade.

Existe uma desatenção ao comer e tal ato de alimentação automática leva ao comer sem saborear o alimento.

As emoções e sentimentos relacionados à alimentação são subjetivos e apresentam uma imensa associação com a sensação de perda de controle.

O alimento pode ser utilizado como importante recompensa em relação a outros problemas e torna favorável a sensação de prazer exagerado no consumo alimentar, seguida de sentimentos de angústia, vergonha, repugnância ou culpa.

Os episódios de compulsão alimentar podem envolver o consumo de grande quantidade de alimentos, com perda de controle em um episódio específico. Além disso, também pode haver o consumo repetido de quantidades moderadas de alimentos com perda de controle, ou seja, o indivíduo não consegue parar de comer. Geralmente ocorrem por pelo menos dois dias da semana, em um período de aproximadamente seis meses.

Apresentam uma maior prevalência de depressão, abuso de drogas e distúrbio de personalidade. Além disso, alguns indivíduos também apresentam a Síndrome Alimentar Noturna (SAN). E como medidas de intervenção, vários desses pacientes, procuram a cirurgia bariátrica.

Critérios de diagnóstico

Os critérios diagnósticos do TCAP, segundo o DSM-IV, são:

- Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas),

de uma quantidade de alimento definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares;

- Um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo).

Os episódios de compulsão periódica estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios:

- Comer muito mais rapidamente que o normal.
- Comer até sentir-se incomodamente repleto.
- Ingerir grande quantidade de alimentos, quando não fisicamente faminto.
- Comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome.
- Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.
- Acentuada angústia relativa à compulsão periódica
- A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos dois dias por semana, durante seis meses;
- A compulsão periódica não está associada ao uso regular de

comportamentos compensatórios inadequados, nem ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Em relação aos itens listados no critério de diagnóstico algumas observações são necessárias:

- Critério A: define o conceito de episódio de compulsão alimentar;
- Critério B: aborda os sintomas associados ao comportamento alimentar confuso;
- Critério C: determina o sofrimento psíquico relacionado à perda do controle alimentar. Ao contrário do encontrado para o diagnóstico de bulimia nervosa, no qual o critério temporal é determinado como dois episódios de compulsão alimentar por semana durante pelo menos três meses, o TCAP é caracterizado quando a frequência é de pelo menos dois dias na semana por, no mínimo, seis meses (Critério D).

Considerações importantes

É importante que a família, através de algum integrante, participe da anamnese subjetiva, pois, em algumas vezes, o paciente omite informações fundamentais acerca do transtorno. Mas deve-se ter cautela durante esse procedimento, uma vez que tal participação pode constranger o paciente, tornando o tratamento ainda mais difícil. O profissional deve usar de sua sensibilidade para identificar se a presença do familiar está forçando o seu paciente a agir contrariamente à sua vontade.

Nessas situações ou em determinados pacientes, alguns outros sintomas psiquiátricos podem estar presentes, como os transtornos depressivos, ansiosos, bem como abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas.

Módulo 4

Mecanismos regulatórios do apetite, fome e da saciedade nos transtornos alimentares

As modificações do comportamento alimentar e da manutenção do peso são aspectos essenciais dos transtornos alimentares. Do ponto de vista do equilíbrio ou estabilidade energética, o comportamento alimentar é visto como sendo de fundamental importância para sustentar o fornecimento calórico do organismo. Uma das finalidades dessa ação é garantir uma reserva calórica ao longo do tempo em que se manifesta na permanência de um peso estável. Contudo, o ato de alimentar-se é também um comportamento adquirido, ou melhor dizendo, é um ato passível de modificações resultante de esforços positivos ou negativos. Diante dessa questão, abordaremos, neste módulo, apenas os aspectos relacionados aos fatores da saciedade e a associação do peso corporal com a ingestão de alimentos.

9 Fatores da saciedade

Em relação aos aspectos que estabelecem o estado de saciedade, pode-se definir a fome como a sensação que leva os indivíduos a comportamentos motivacionais conduzidos para a busca e o consumo de alimentos.

Já a saciedade é caracterizada como o processo fisiológico que se inicia durante uma refeição e é interrompido ao fim da mesma.

Homeostase calórica

De maneira geral, a necessidade de glicose ou outros substratos energéticos pelo organismo se mantém relativamente constante. No entanto, salvo em algumas situações extremas, ocorrem pequenas oscilações no aporte energético para as células ao longo do dia. Uma vez que a demanda energética do metabolismo celular não é interrompida e que o início e o término das refeições são ditados por fatores que não estão ligados somente às necessidades celulares de energia.

Um aspecto inerente ao campo da homeostase energética ostenta que a fome é determinada pela supressão da atividade de fatores que indicam ao cérebro um sinal de saciedade. E alguns desses determinantes da saciedade são ligados diretamente ao metabolismo celular (glicose e insulina), bem como a outros sistemas (distensão gástrica, neuropeptídios intestinais, etc). Vamos, então, conhecer um pouco mais sobre tais mecanismos.

Glicose e insulina

A fonte energética predominante para o cérebro é a glicose, e o hormônio mais ativo na redução dos níveis de glicose no sangue é a insulina. O aumento da secreção de insulina é gerado pela elevação da concentração de glicose no sangue, induzindo a uma maior utilização e armazenamento da glicose (glicogênio e triglicérides), com consequente normalização dos níveis de glicose. A ampliação da atividade de insulina em seus receptores no cérebro, por sua vez, leva a uma redução da ingestão alimentar e diminuição do peso. Portanto, a insulina é reconhecida como um sinal de saciedade para o cérebro.

As concentrações séricas de glicose e insulina na AN sofrem uma diminuição ao longo das 24 horas do dia. Em uma pesquisa realizada por

Wachlicht-Rodbard *et al.*, *apud* Alvarenga; Philippi (2004), no ano de 1979, verificou-se que ocorre uma elevação da ligação de insulina a eritrócitos; sendo que a capacidade de ligação retorna ao seu normal só depois da restauração do peso. A ampliação da ligação acontece em decorrência do aumento do número de receptores por célula, sem alteração importante na afinidade do receptor. Tal descoberta laboratorial tem sua compensação clínica no aumento da sensibilidade à insulina ao teste endovenoso de tolerância à glicose (IVGTT). O IVGTT revelou, ainda, uma diminuição na secreção de insulina. Situação também observada depois do teste oral de tolerância à glicose. Por fim, em pacientes com AN durante a fase de tratamento agudo e depois da recuperação do peso, as medidas de insulina feitas a cada duas horas por 24 horas não foram detectadas alterações no padrão de secreção de insulina.

A literatura revela que a restauração de um peso normal está ligada à normalização de praticamente todas as medidas sobre o metabolismo de carboidratos. Desse modo, até agora, os estudos não apontam para uma síndrome característica de prejuízo do metabolismo de carboidratos na AN.

Em relação à BN, ao investigar a sensibilidade à insulina, não foram observadas alterações nos níveis de glicose de jejum e nem nos de glicose medidos após um teste endovenoso de tolerância à insulina em doze pacientes (Raphael *et al.*, 1995, *apud* Alvarenga; Philippi, 2004)

Apesar de tais resultados indicarem que não existe uma associação entre resistência à insulina e BN, Russeli *et al.* (1996), *apud* Alvarenga; Philippi (2004), verificaram correlações entre as medidas de desorganização de padrões alimentares e a produção de insulina em pacientes com BN. Mais especificamente em pacientes que apresentavam episódios bulímicos mais frequentes, vomitavam mais comumente, cujo peso era mais instável e cujo padrão alimentar era caótico, houve uma resposta suavizada da insulina ao teste de tolerância à glicose. Autores sugerem que, em pacientes com índices de maior desorganização do comportamento alimentar, a resposta atenuada da insulina se deva a adaptações metabólicas em função de uma privação nutricional mais continuada.

Foi avaliado o impacto de episódios bulímicos sobre o metabolismo em voluntárias normais, que foram submetidas à ingestão de uma única refeição noturna (“jantar bulímico”) durante três dias que fosse equivalente à ingestão calórica total de um dia regular de alimentação dessas voluntárias (Taylor *et al.*, 1999 *apud* Alvarenga; Philippi, 2004). Nessas mesmas voluntárias, ocorreu um

aumento significativo da glicemia de jejum no dia seguinte ao “jantar bulímico” e um aumento ainda maior da resposta de insulina durante o episódio bulímico experimental quando comparados aos valores obtidos durante os três dias de refeições normais.

Ainda que não sejam claros os mecanismos de tais alterações, fica evidente o impacto adverso de episódios bulímicos sobre o metabolismo da glicose e insulina. Essas evidências possivelmente influenciam de forma negativa o balanço energético em pacientes com BN e aqueles com transtornos do comer compulsivo.

Colecistoquinina e polipeptídio pancreático

Após a chegada do alimento ao intestino delgado, a colecistoquinina (CCK) é secretada, assim como o polipeptídio pancreático (PP) é secretado pelo pâncreas após a alimentação. A CCK e o PP são fatores de saciedade de ação imediata após o consumo de alimento, tendo a CCK uma ação fundamental no controle do tamanho das refeições.

Com a finalidade de desvendar as prováveis alterações dessas substâncias nos transtornos alimentares, pacientes com AN e BN tiveram os valores séricos de CCK e PP avaliados ao longo de duas horas, após uma refeição experimental rica em gordura. Os indivíduos portadores de AN do tipo restritiva foram os que apresentaram os maiores valores de CCK e PP quando comparados aos controles normais e a pacientes com AN do tipo purgativa. Pacientes com AN do tipo purgativa e pacientes com BN tiveram valores de CCK e PP semelhantes a controles normais.

Já os indivíduos portadores de BN, quando comparados a controles normais, mostraram uma produção diminuída de CCK após uma refeição teste. Esse dado corrobora a hipótese de que exista um déficit de saciedade na BN. A baixa produção de CCK, nesse caso, pode contribuir para uma resposta atípica da saciedade, que seria um dos fundamentos fisiológicos que permitiria ao paciente a ingestão, sem suspensão, de grandes quantidades de alimento durante os episódios de compulsão alimentar.

10 A associação do peso corporal com a ingestão de alimentos

Neste capítulo, abordaremos o comportamento de alguns dos hormônios que são diretamente associados aos transtornos alimentares.

Leptina

Sabe-se, a partir de dados experimentais e de observação diária por profissionais envolvidos nesse contexto, que, de algum modo, a manutenção do peso corporal governa o comportamento alimentar.

Por um longo período, pesquisadores buscaram um sinal que “conversasse” com o tecido adiposo e o cérebro, informando a hora de repor os estoques energéticos. E foi durante uma dessas buscas que estudiosos da Rockefeller University, em 1994, descobriram a leptina. Trata-se de um hormônio produzido no tecido adiposo, o qual, uma vez liberado na circulação sanguínea, interage com centros hipotalâmicos, conduzindo o sinal de saciedade ou plenitude gástrica ao sistema nervoso central. Além de ser um determinante da saciedade, os valores séricos da leptina estão diretamente correlacionados com o peso e, mais exatamente, com a massa de gordura do indivíduo.

A correlação entre massa de gordura corporal e leptina apresenta-se conservada na AN. Vários estudos já demonstraram isso, ou seja, os valores absolutos de medidas pontuais de leptina são baixos, variando entre 0,27 a 1,73 mcg/L, durante a fase de baixo peso, e são maiores, variando entre 0,7 a 9,8 mcg/L na recuperação do peso. Nas fases de semidesnutrição e recuperação do peso na AN, o padrão de secreção da leptina ao longo do dia não se altera, e os valores mais elevados encontram-se entre a meia-noite e o início da manhã. A leptina atinge valores normais antes da recuperação integral do peso em pacientes com AN em tratamento, situação que foi observada em dois estudos independentes. Essa informação sugere que a normalização antecipada de leptina pode dificultar a chegada e a manutenção de um peso adequado na AN, uma vez que tal condição seria responsável por sustentar o sinal incorreto de saciedade para o cérebro, quando, na verdade, o peso corporal ainda não está integralmente restabelecido.

Os níveis de leptina estão diretamente relacionados com o peso corporal em pacientes com BN, assim como na AN. No entanto, os valores observados nesses pacientes foram inferiores aos dos controles, mesmo após a adequação do peso, IMC e gordura corporal. Por sua vez, após um jejum experimental, pacientes com BN apresentam uma queda de apenas 7% nos valores de leptina, enquanto voluntários normais sofrem uma queda de 58% desses valores, evidenciando uma perda do poder da leptina em sinalizar mudanças abruptas no balanço energético desses pacientes. Em voluntários normais, existe uma alteração no padrão de secreção diária da leptina e, mais ainda, um retardo na elevação dos valores séricos da leptina após a simulação de um episódio de comer compulsivo em laboratório. Tais alterações podem explicar por que os pacientes com bulimia são capazes de manter longos períodos de jejum, garantindo, do ponto de vista metabólico, o ciclo jejum - episódio bulímico - jejum.

Controle central da ingestão de alimentos

Hoje em dia, a visão clássica de que há um centro regulador da saciedade e outro centro da fome é insuficiente para explicar os mecanismos complexos que sabidamente governam o comportamento alimentar e a regulação do peso. A região mais aceita como um centro de controle regulatório que influencia aspectos hormonais e autonômicos da alimentação e do controle do peso é a ventral do hipotálamo. Além disso, muitas outras regiões cerebrais exercem contribuições importantes para o comportamento alimentar.

Neuropeptídeo Y, peptídeo YY e galanina

Potentes orexígenos, neuropeptídeo Y (NPY) e o peptídeo YY (PYY) exercem seu papel em regiões específicas do hipotálamo.

Pacientes com AN, durante a fase aguda da doença, apresentaram concentrações de NPY no líquido significativamente mais elevadas do que controles normais. Esse achado não é surpreendente, pois é sabido que, apesar da recusa em se alimentar, pacientes com anorexia demonstram um interesse e anseio muito grande por comida. Após a recuperação ponderal nesses pacientes, os valores de NPY se mostram normalizados, sugerindo que tal alteração é possivelmente causada pelo estado de desnutrição.

Pacientes com BN tiveram valores normais de NPY e PYY no líquido tanto um ano após a parada de episódios bulímicos como durante o tempo em que se deram esses sintomas. Alterações de NPY e PYY, vistas no seu conjunto, provavelmente não são traços que influenciam no aparecimento da AN nem da BN.

A galanina, juntamente com o NPY e o PYY, é mais um fator que aumenta a ingestão alimentar, em especial, de alimentos gordurosos. Em pacientes com AN, quando comparados a controles normais e pacientes com obesidade, as medidas de galanina no plasma encontraram-se diminuídas. Por sua vez, não foram identificadas diferenças nas concentrações de galanina no plasma de pacientes com AN comparadas a controles normais. Com a finalidade de afastar o estado de desnutrição como viés na mensuração de galanina, pesquisadores estudaram mulheres com passado de AN que estavam há mais de um ano com peso normal e com ciclos menstruais regulares. A concentração de galanina no líquido de tais pacientes foi expressivamente menor quando comparada a controles de peso normal, indicando que a galanina seria um fator que contribui para inibir a fome.

Monoaminas

Muitas evidências indicam que a serotonina leva ou amplia a saciedade, enquanto a noradrenalina (NE) eleva a fome. Tanto a serotonina quanto a noradrenalina exercem seu papel modulador sobre a fome e a saciedade em neurônios localizados no hipotálamo medial. Dados conflitantes no que diz respeito aos valores de NE e seus metabólitos foram apresentados por pacientes com AN. Não há um consenso se as alterações favoreceriam um aumento ou diminuição da atividade da NE, bem como não é claro o papel desempenhado pela desnutrição, grau de atividade física e sintomas depressivos nessas alterações.

Esses efeitos da serotonina podem ser resumidos como uma intensificação da saciedade após o início do comportamento alimentar. Durante os episódios bulímicos, existe uma preferência clara por alimentos altamente calóricos, além do relato subjetivo de perda de controle. Tal comportamento pode ser visto como uma alteração na produção da saciedade ou, mais especificamente, como uma atividade deficiente no circuito neural associado à serotonina dos pacientes com BN. Muitas evidências confirmam essa hipótese: diminuição da responsividade

do receptor pós-sináptico de serotonina, redução da síntese de prolactina após estimulação por agentes serotoninérgicos e domínio parcial dos episódios bulímicos por agentes que promovem a transmissão serotoninérgica.

Neuropeptídio liberador de gastrina

A atuação anorexígena central do neuropeptídio liberador de gastrina (GRP) é potente. Nos pacientes com BN que estão há pelo menos um ano sem apresentarem episódios bulímicos, peso normal e menstruação regular, a concentração de GRP no líquido mostra-se diminuída. O comer compulsivo na BN, mesmo após a recuperação, sugere que essa anormalidade pode ser um vestígio da doença. Já os valores de GRP na AN com um ano de recuperação foram semelhantes a controles normais.

Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal

Produzido no núcleo paraventricular do hipotálamo, o hormônio liberador de corticotropina (CRH) reage à produção de cortisol em estados basais e durante o estresse. Além disso, trata-se de um importante anorexígeno que parece modular a atividade do NPY, ou seja, onde há um predomínio da atividade de CRH, existe uma inibição do apetite.

Pacientes com AN evidenciaram valores séricos aumentados de cortisol, bem como destaques indiretos de aumento da atividade de CRH.

Indivíduos com altas concentrações de cortisol em condições normais (por exemplo, indivíduos tratados com cortisona) apresentaram uma elevação do apetite, ganho de peso e modificações físicas compatíveis com a Síndrome de Cushing. Em decorrência da supressão hipotalâmica exercida pelo cortisol elevado, esses indivíduos apresentam valores baixos de CRH. Duas hipóteses são usadas para explicar os dados discrepantes na AN (cortisol alto-CRH alto e ausência de características "*cushingoides*"): existiria uma hiperatividade anômala de CRH e/ou uma resistência central e periférica aos efeitos do cortisol. Com base em estudos experimentais, sabe-se que o CRH, além de causar anorexia, eleva a atividade motora, dificulta a atividade sexual e provoca insônia. Como tais comportamentos são semelhantes aos sintomas da AN, sugere-se que a hiperatividade de CRH esteja relacionada aos mecanismos da perda de apetite e

libido, além da hiperatividade vista na AN. No entanto, a recuperação parcial ou total de peso na AN reverte o quadro de valores elevados de cortisol, novamente indicando que essa possível anormalidade é secundária ao quadro de inanição. Do mesmo modo, uma possível hiperatividade de CRH pode contribuir para manter o círculo vicioso da AN, uma vez estabelecida uma perda significativa de peso.

Considerações importantes

É nítida a participação de inúmeras substâncias, como hormônios, neurotransmissores e substratos energéticos, na regulação da ingestão alimentar e da manutenção do peso corporal.

Alterações no comportamento alimentar, desnutrição ou outras complicações clínicas resultantes dos transtornos alimentares podem ocasionar ou contribuir para possíveis distúrbios na função de substâncias envolvidas no mecanismo de regulação da fome e da saciedade.

Até a ocasião, nenhuma das adulterações encontradas nos transtornos alimentares é considerada primária ao aparecimento dos sintomas, uma vez que retornam a valores normais com a melhora clínica, situação que pode ser observado nos seguintes materiais complementares: “Modificações dos fatores relacionados à fome e à saciedade na bulimia nervosa” e “Modificações dos fatores relacionados à fome e à saciedade na anorexia nervosa”.

Entretanto, a cada dia, fica mais claro o papel dessas alterações na manutenção e, conseqüentemente, na dificuldade de intervenção e prognósticos dos transtornos alimentares.

Módulo 5

Aspectos psicológicos e familiares dos transtornos alimentares

A Psicologia acredita que o ser humano é dotado de um psiquismo, que seria um conjunto de emoções, sentimentos e fenômenos psíquicos que o acompanha desde o seu surgimento, influenciando no desenvolvimento de seu caráter. E com base nessa crença, procura analisar e compreender a concepção e o desenvolvimento emocional dos indivíduos (FREUD, 1980b, apud ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

Essa mesma ciência acredita que o homem constrói e desenvolve sua personalidade através das relações que estabelece consigo mesmo e com o universo. Com base nisso, é possível afirmar que, tanto a alimentação quanto as primeiras manifestações psíquicas nos acompanham desde sempre e estão correlacionadas. E é exatamente sobre esse assunto que iremos tratar neste módulo: a relação entre Psicologia e Nutrição. Analisaremos, portanto, até que ponto aspectos psicológicos podem favorecer o desenvolvimento dos transtornos alimentares e qual a influência ou papel da família do desenvolvimento desse mal.

11 A relação da nutrição com a psicologia

O ato alimentar é basicamente compreendido e realizado através de necessidades orgânicas, o que significa que o consumo de alimentos é ditado pela necessidade de manutenção das funções corporais. No entanto, outros fatores influenciam nessa ação, uma vez que as preferências e hábitos alimentares estão ligados não apenas a fatores cognitivos, mas também a características emocionais, sociais, econômicas e culturais. Além disso, por se tratar de um dos meios que temos para estabelecer conexão entre o mundo interno e a realidade, o ato alimentar tem funções estruturais na formação da personalidade.

A alimentação é entendida como um conjunto de atos e reações afetivas entre os alimentos e indivíduos. Tal situação pode ser claramente exemplificada por meio da amamentação. Nesse momento, a mãe, ao oferecer leite materno para o seu filho, provoca uma sequência de reações químicas, físicas e psicológicas que compõem um misto de sensação de prazer, conforto e proteção, além é claro, de saciar a fome de sua prole. Assim é conduzida uma união entre o alimento e os sentimentos e emoções. Diante desse contexto, é interessante que o fenômeno seja muito bem explícito e trabalhado, pois os bebês não choram apenas por fome, e se forem atendidos sempre com o oferecimento de alimento para abrandar o seu desconforto emocional, podem vir a estabelecer relações negativas entre alimentação e o afeto. (WINNICOTT, 1999, *apud* ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

É extremamente importante que os profissionais de saúde, inclusive os nutricionistas, conheçam e saibam identificar todas as relações envolvidas entre a alimentação e afetividade. Também é de grande relevância que reconheçam os riscos das chantagens ou barganhas envolvendo alimentos, como, por exemplo, quando os pais utilizam da estratégia de que a criança só irá ganhar a sobremesa (ou qualquer outro alimento/objeto que goste/deseja) se comer todo legume ou verdura (ou qualquer outro alimento que não goste, tenha aversão ou que os pais julguem importantes).

Psicanálise e alimentação

Segundo a psicanálise, o ser humano é dotado, desde o seu nascimento, de

um psiquismo ativo e a relação com o alimento (alimentar ou ser alimentado) parece ser o primeiro grande organizador da sua vida psíquica (ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

Freud, considerado o pai da Psicanálise, garante e evidencia que há um componente do psiquismo que foge ao controle direto dos indivíduos, mas influencia a sua conduta, colocando-o numa situação de maior vulnerabilidade (FREUD, 1980b, *apud* ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

De acordo com Klein (1985) *apud* Alvarenga; Philippi (2004), a experiência com sentimentos conflitantes é indispensável e saudável para que possamos aprender a lidar com todas as confusões e situações de desordem que a vida nos proporciona. É necessário enfrentar dificuldades e saber trabalhar com sentimentos extremos, como prazer/frustração, inclusão/exclusão, vida/morte, para que se tenha uma vida psíquica saudável. Tal aprendizado inicia-se muito cedo e está vinculado às nossas primeiras relações alimentares. Assim, a sucção que o bebê realiza para se alimentar representa o seu primeiro movimento de compreensão e incorporação do mundo externo.

Os principais sintomas alimentares da AN são:

- Vazio existencial - grande parte dos pacientes portadores desse mal apresenta um grande vazio existencial, são extremamente melancólicos, ansiosos, pessimistas e medrosos;
- Corpo psíquico infantil – é possível verificar a presença de um estado caótico relacionado à extrema dificuldade de perda do corpo psíquico infantil. Não conseguem lidar, principalmente com as mudanças sexuais e emocionais;
- Negação da alimentação – forma de controle dos atos e estratégia utilizada na tentativa de conhecimento próprio;
- Morrer de fome – a ausência do alimento é tida como uma estratégia (ou elemento) utilizada (o) por esses pacientes na busca por algo que estabeleça a sua consistência emocional.

Os principais sintomas alimentares da BN e da compulsão alimentar são:

- Ingestão excessiva de alimentos – estratégia empregada para enfrentar o seu vazio interno;
- Comer de maneira alucinada, desregrada e compulsiva – ação que mantém relação com a busca por uma sensação de preenchimento e diminuição da angústia;
- Falta de controle sobre as próprias emoções – marcada pela presença de diversos momentos de descontrole absoluto;
- Círculo emocional – (vazio - tentativa de preenchimento - excesso de alimento - vazio não preenchido - culpa - nova tentativa de preenchimento), assim se instala o círculo;
- Os atos purgativos – vômitos autoinduzidos, excesso de laxantes e/ou diuréticos podem ser entendidos como tentativas desesperadas de expulsar objetos internos ruins e assustadores;
- Morrer de comer – ao contrário da AN, o excesso de consumo alimentar é tido como uma estratégia (ou elemento) utilizada (o) por esses pacientes na busca por algo que estabeleça a sua consistência emocional. Comem não porque sentem fome ou pela sua sobrevivência biológica, mas pela sua sobrevivência emocional.

Atenção:

Certamente, as relações alimentares não são as únicas que estruturam o nosso psiquismo, mas, diante do contexto, são consideradas determinantes.

A amamentação e a alimentação estão sempre acompanhadas de uma questão emocional e, portanto, esses atos devem ser considerados e avaliados ao se tentar compreender as ações

Considerações importantes

Existe uma estreita relação entre a anorexia e a bulimia. Isso porque um número significativo de anoréxicas já foram bulímicas e o inverso também é fato.

No caso de pacientes que apresentam algum distúrbio envolvendo o consumo de alimentos, é importante uma investigação aprofundada e que, se possível, seja realizada por uma equipe multidisciplinar, pois tal prática torna a compreensão desses problemas muito mais completa.

É importante a realização de análises e questionamentos relacionados aos históricos alimentares, para que se possa reconstituir as histórias e identificar as práticas alimentares desse grupo de pacientes.

12 A relação da imagem corporal e autoestima com os transtornos alimentares

A imagem corporal é definida como a percepção da idealização física que os indivíduos têm sobre si. É tida também como um reflexo ou retrato que os indivíduos possuem sobre as suas figuras. Além disso, é influenciada por diversos fatores, mas, principalmente, por questões sociais, culturais e biológicas. A relação com as experiências familiares e individuais apresentam papel importante na projeção da imagem corporal. Além disso, o homem sofre transformações ao longo de sua vida, o que faz com que a imagem corporal esteja em constante modificação, e o corpo é percebido de maneiras diferentes, dependendo de fatores como idade, doenças, cultura, psiquismo, etc.

Já a autoestima tem impacto no modo como vemos o nosso corpo e está relacionada com a maneira como as pessoas valorizam as suas aptidões físicas, capacidades interpessoais, papéis familiares e imagem corporal. É o sentimento que o indivíduo tem por si próprio, o quanto se gosta, ou seja, como se vê e o que pensa sobre si.

A presença de uma autoestima positiva leva o indivíduo a sentir-se confiante, adequado à vida, competente e merecedor, de modo que tal condição é indispensável para uma vida satisfatória.

As alterações da imagem corporal podem ser observadas em condições psiquiátricas e são capazes de acompanhar distúrbios neurológicos, como esquizofrenia, depressão, ansiedade, dismorfofobia, quadros confusionais e transtornos alimentares. E diante do contexto do curso, iremos focar as ideias em relação às alterações das imagens corporais como resultado ou fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Dessa forma, considerando-se os transtornos alimentares, o principal sintoma é a distorção da imagem corporal. Os portadores de anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar e até mesmo os obesos têm uma extrema dificuldade em lidar e falar sobre o seu corpo.

A presença desse sintoma fica cada vez mais comum e evidente na sociedade atual. Sociedade dos excessos, exageros e extremos, condição que interfere na percepção do tamanho e forma corporal, levando a prejuízos na autopercepção e autoestima.

Todas as mudanças de padrão de beleza impostas pela sociedade são de difícil assimilação por uma pessoa saudável, e essa situação fica ainda mais confusa e conflitante quando se trata de um paciente com algum distúrbio alimentar. É extremamente difícil e doloroso para um anoréxico lidar com o atual modelo de beleza, e ainda mais complicado aceitar que não atinge tal protótipo.

Segundo Adams (1977) *apud* Saikali, *et al* (2004), compreende-se que o mundo social, nitidamente, discrimina os indivíduos não atraentes em uma série de ocasiões ou circunstâncias cotidianas. Os indivíduos traçados pelos padrões vigentes como atraentes parecem receber mais suporte e encorajamento no desenvolvimento de repertórios cognitivos socialmente seguros e competentes, além de serem aptos a apresentarem a autoestima e a percepção da imagem corporal mais saudáveis. Em contrapartida, os indivíduos tidos como não encantadores (fora do padrão de beleza), estão sujeitos a se depararem com espaços sociais que variam do não responsivo ao rejeitador e que desencorajam o desenvolvimento de habilidades sociais e de uma autoestima satisfatória.

Esse tipo de situação relatado no parágrafo anterior é um ótimo exemplo para ilustrar o sentimento de um indivíduo portador de enfermidades relacionadas a distúrbios alimentares. Esses pacientes se sentem exatamente assim: fora dos padrões de perfeição, de modo que não se sentem nem um pouco atraentes e a percepção de suas imagens corporais é totalmente distorcida (ex: anorexia nervosa) ou, quando não são alteradas, se mostram completamente insatisfeitos com o que veem (ex: bulimia nervosa).

Um ótimo exemplo para ilustrar todo esse contexto, bem como a influência da sociedade e dos meios de comunicação (mídia) na incidência e prevalência dos transtornos alimentares, é um estudo realizado nas Ilhas Fiji, onde se avaliou o impacto da exposição das adolescentes à televisão e consequentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira foi realizada em 1995 e a segunda, em 1998, quando já haviam passados três anos de exposição à televisão. Os resultados evidenciaram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após o ano de 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia (BECKER, *et al.*, 2002, *apud* SAIKALI, *et al*, 2004).

É fato que a sociedade, os meios de comunicação, a cultura e os aspectos psicológicos têm relação com a incidência e prevalência dos distúrbios

relacionados à alimentação, de modo que o diagnóstico e a solução desse problema são difíceis de serem alcançados.

Mas, os profissionais engajados nessa intervenção, como, por exemplo, os nutricionistas, podem aplicar instrumentos capazes de facilitar o diagnóstico de prováveis distúrbios relacionados à insatisfação ou distorção da imagem corporal. E um dos mais utilizados é o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), que foi elaborado com a finalidade de medir a insatisfação corporal de indivíduos com transtornos alimentares. Trata-se de um questionário autoavaliativo que contém 34 questões que avaliam a autopercepção da aparência (dos pacientes) ao longo das últimas quatro semanas.

13 O papel do grupo familiar no comportamento e tratamento dos transtornos alimentares

Veremos, neste capítulo, a importância da família em saber lidar com essas patologias, tanto no comportamento quanto no tratamento dos transtornos alimentares entre os participantes desse grupo.

A família como fator de risco

Como já mencionado, os transtornos alimentares têm origem multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de maneira complexa, produzindo e perpetuando a enfermidade. Entre os inúmeros fatores que predispõem esses males, destacam-se os familiares, que estão ligados a algumas questões, como:

- Agregação familiar;
- Hereditariedade;
- Modelos de interação familiar;
- Rigidez, intrusividade e impedimento de conflitos (AN);
- Desorganização e falta de cuidados (BN).

A preocupação familiar em relação à alimentação tem início bem precoce, relevando-se nas primeiras questões feitas imediatamente após o nascimento. E essa apreensão persiste com o crescimento da criança, e se relaciona tanto com o tipo de alimentação e a inclusão de novos alimentos quanto a possíveis modificações nutricionais.

Grande parte dos pesquisadores, estudiosos e profissionais envolvidos no diagnóstico de tratamento de tais enfermidades trata a psicodinâmica familiar como um componente fundamental na determinação, no desenvolvimento e/ou na conservação desses transtornos.

Segundo Minuchin *et al* (1978), *apud* Alvarenga; Philippi (2004), o transtorno alimentar é reflexo da disfunção do sistema familiar, ou seja, um sintoma de que seu funcionamento é precário. Enfatizam que a anorexia nervosa desempenha um papel central no mecanismo de prevenção de tumultos e tentativa de conservação do equilíbrio familiar, apresentando essas famílias algumas características importantes. Veja a seguir.

Perfeccionismo: característica comum, sobretudo entre os pais de pacientes anoréxicos. De forma geral, são extremamente rigorosos em relação ao bom comportamento e a conduta social de seus filhos. Essa ação pode ter como resultado uma “infantilização” dos filhos.

Superproteção: percebe-se uma extrema preocupação pelo bem-estar de seus membros. Esse excesso de proteção pode ocasionar um atraso no desenvolvimento da autonomia pessoal dos filhos, tendo uma ligação muito forte com os pais, principalmente com a mãe.

Aglutinação: tal atribuição refere-se às famílias que se mostram tão unidas que as fronteiras dos espaços individuais são bem difusas e, desse modo, há pouca distinção entre seus integrantes.

Contenção das emoções: essa propriedade apresentaria como procedência o excesso de moral dos pais. Raramente, os pais admitem qualquer conduta agressiva entre as crianças e jamais discutem na frente dos filhos. Além disso, a autoridade da mãe é, em geral, supervalorizada.

Excesso de preocupação com a forma física e alimentação: essa particularidade é principalmente demonstrada nas famílias dos pacientes bulímicos, onde se evidencia uma exagerada preocupação com o peso corporal e dieta. Existe sempre um integrante que vive em constante regime e tem pânico de engordar.

Além dessas características, existem outras, mas que são mais associadas às famílias dos bulímicos. Acompanhe:

- **Dinâmica e convívio familiar caóticos:** precária regra de funcionamento doméstico, cada componente tem seu próprio ritmo e horário, e existe muita dificuldade em planejar a alimentação;
- **Problemas de comunicação;**

- Dificuldades para demonstrar afeto e impor limites e normas;
- Pais com antecedentes psicopatológicos (distúrbios ou transtornos psiquiátricos) ou de alcoolismo.

Atenção:

Avaliar e investigar de maneira adequada os hábitos e costumes familiares, buscando todos os pontos e situações que podem ser reflexo ou resultado de uma condição clínica apresentada pelos pacientes, não é tarefa fácil. Assim como reestruturar e entender suas histórias e relacionamentos, identificando as funções e papéis de cada integrante, é uma tarefa minuciosa, que exige extrema cautela e que, em muitas vezes, é dolorosa e cruel tanto para o paciente quanto para os seus familiares.

A família como parte da terapia

Ao contrário do que se pensava no passado, a inclusão e a participação efetiva da família no tratamento dos transtornos relacionados à alimentação é um elemento essencial na eficácia dessa intervenção, já que a maneira como a família funciona é um item-chave na determinação, conservação e/ou desenvolvimento de tais desordens.

E como procedimento inicial, após o diagnóstico, tem-se o comunicado sobre a doença, suas principais características, consequências, tratamento e a importância da participação em todas as etapas de intervenção.

Outros aspectos, como o vínculos afetivos, os papéis desempenhados por cada um e a relação com a doença, são trabalhados em uma etapa seguinte.

Mas, na maioria dos casos, existe um intervalo entre o diagnóstico e o início efetivo do tratamento. Esse período é utilizado pelo paciente para reconhecer e aceitar a doença e é exatamente nesse momento que a família adquire um papel importantíssimo, apoiando e assumindo responsabilidades e participação no

tratamento e recuperação do paciente.

Durante todo esse processo, é indiscutível a importância da equipe multiprofissional, estruturando e preparando um tratamento específico e completo para a recuperação da paciente.

Considerações importantes

Diante de todo o conteúdo abordado neste módulo, pode-se concluir que os transtornos alimentares não surgem de maneira inesperada, ou seja, desenvolvem-se com o decorrer dos anos.

A aplicação dos conhecimentos de Psicologia contribui com o nutricionista, pois ele se encontra em uma posição favorável para motivar a mudança nos hábitos alimentares do paciente. Esses profissionais têm a sensibilidade de captar quais são as razões que induzem o paciente a ter determinado comportamento alimentar e ajudá-lo a lidar com as modificações propostas.

É preciso deixar explícito que o sucesso no tratamento é dependente da adesão do paciente e que ele tenha consciência da responsabilidade sobre suas atitudes.

O desafio para os profissionais envolvidos nesse contexto, tanto na clínica como na pesquisa, não é simplesmente apresentar todos os elementos abrangidos, mas, sim, o de compreender como diversos fatores interagem entre si em cada caso ou situação.

Módulo 6

Avaliação e terapia nutricional dos transtornos alimentares

A avaliação nutricional é definida como o conjunto de ações e procedimentos que tem por objetivos diagnosticar a magnitude, a gravidade e a natureza de prováveis distúrbios nutricionais. Torna-se necessário identificar e analisar os seus determinantes com a finalidade de estabelecer as medidas de intervenções adequadas.

E é com base nessa definição que iremos abordar a importância de uma avaliação nutricional completa e individualizada para o sucesso da terapia nutricional do paciente portador de transtornos alimentares. Acompanhe.

14 A importância da abordagem nutricional nos transtornos alimentares

A abordagem do tratamento inclui a intervenção multidisciplinar: nutricionistas, psicólogos, psiquiátricos e enfermeiros.

Como em qualquer enfermidade, a terapêutica é estabelecida com base no estado do paciente ou gravidade da doença. Por isso, não existe regra em relação aos membros integrantes da equipe e muito menos sobre a conduta a ser adotada. A terapia deverá ser estabelecida segundo o estado clínico do paciente.

A investigação nutricional é composta pelos seguintes componentes: avaliação antropométrica, anamnese, avaliação laboratorial, cálculos energéticos e prescrição dietética.

A avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, já que analisa, de diferentes maneiras, as condições nutricionais do organismo determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes; ou seja, a avaliação nutricional define o estado nutricional, que é resultante do balanço entre a ingestão e a perda de nutrientes.

Quanto à avaliação do estado nutricional, sabe-se que não existe um método sem críticas, tanto em se tratando de pacientes saudáveis como de portadores de alguma enfermidade. Existem diversos métodos para a avaliação da condição nutricional e, por isso, devem-se utilizar aqueles que melhor detectem o problema nutricional da população em estudo e/ou aqueles para os quais o avaliador tenha maior treinamento técnico.

Avaliação antropométrica

Antropometria é um conjunto de protocolos empregados com o intuito de avaliar as dimensões e proporções corpóreas. É caracterizada como um dos indicadores diretos do estado nutricional. As medidas antropométricas mais empregadas são: peso, altura, circunferências (braço, cintura e quadril) e pregas cutâneas (tríceps, bíceps, subescapular, suprailíaca, etc). Através da combinação dessas medidas, podem-se calcular as relações peso/altura², a circunferência muscular do braço e o índice de gordura corporal.

Anamnese - consumo alimentar e história dietética

Vários métodos podem ser empregados na investigação do consumo

alimentar e história dietética dos indivíduos. Não existe um procedimento considerado ideal e sua validade e reprodutibilidade é dependente da habilidade do avaliador e da cooperação do investigado.

Para a determinação de qual método utilizar, alguns fatores devem ser levados em consideração, como público-alvo (crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e atletas) e finalidade de investigação (informações dietéticas que deseja investigar, por exemplo, nutrientes, alimentos ou grupos de alimentos).

Os métodos de investigação dietética são divididos em:

- Retrospectivos - recordatório 24h, questionário de frequência alimentar, questionário de frequência alimentar semiquantitativo, diário alimentar e história dietética;
- Prospectivos - registro alimentar estimado e registro alimentar pesado.

Durante a anamnese alimentar, são pesquisadas as quantidades e qualidade de alimentos consumidos, bem como informações que podem contribuir para o estabelecimento da conduta terapêutica, como: perda de apetite, aversão ou intolerância alimentar, náusea, vômito, alteração do trato digestivo (dificuldade de mastigação, azia, queimação, obstipação, diarreia e outros), abuso de bebidas alcoólicas e modificação no peso.

Anamnese - sinais e sintomas clínicos

O exame dos sinais e sintomas clínicos é um método utilizado para detectar alterações físicas, principalmente associadas à desnutrição.

Consiste na avaliação das manifestações físicas que podem estar relacionadas com possível alimentação inadequada, evidenciando-se por meio de alterações de tecidos orgânicos e, de órgãos externos como a pele, mucosas, cabelos e os olhos.

Apesar de se tratar de investigação prática, simples e econômica, o reconhecimento dos sinais e sintomas clínicos de alteração do estado nutricional é de grande importância. Todavia, tais indicadores desenvolvem-se somente em estágios avançados de depleção nutricional, e é por essa razão que o diagnóstico da deficiência nutricional não deve ser embasado em apenas um método. Além

disso, diversas enfermidades e deficiências nutricionais apresentam o mesmo sintoma físico, o que sustenta a importância de se conhecer a história clínica do paciente.

Avaliação laboratorial

Na avaliação do estado nutricional, as determinações laboratoriais são empregadas como complemento das informações da história clínica, exame físico e antropométrico.

Diante dessa questão, é importante que o diagnóstico dos pacientes não se baseie apenas em achados laboratoriais. Sendo assim, é importante ter em mente que os dados laboratoriais são de alcance limitado, consistindo em uma estratégia de auxílio no atendimento clínico.

Cálculos energéticos

Os cálculos energéticos são utilizados para estimar a quantidade de energia necessária para a execução das funções vitais, como manutenção da temperatura corporal, funcionamento de células e órgão (coração, pulmão, cérebro) e desenvolvimento de todas as atividades diárias.

Diversos métodos podem ser empregados para prever a necessidade energética e são utilizados segundo o estado nutricional e condições fisiológicas do paciente.

Prescrição dietética

A prescrição dietética é considerada a última etapa da avaliação nutricional, ou melhor, é a fase em que o profissional de Nutrição define as estratégias para manter ou recuperar o estado nutricional do paciente. É realizada logo após o diagnóstico nutricional e deve ser elaborada levando-se em consideração a composição e a biodisponibilidade de nutrientes dos alimentos, equilíbrio entre quantidade e qualidade dos mesmos, ingestão de alimentos e refeições diárias e respeitando-se a adequação e as preferências individuais. Deve conter a recomendação de calorias, a porcentagem de carboidratos, proteínas, lipídios, a quantidade de ácidos graxos saturados, poli-insaturados e monoinsaturados, colesterol, fibras e líquidos.

Nos capítulos seguintes, abordaremos as principais alterações e intercorrências em relação às etapas de avaliação nutricional.

15 Avaliação nutricional: abordagem e protocolos a serem utilizados

Uma abordagem correta, durante a avaliação nutricional, resultará em resultados satisfatórios para o tratamento dos transtorno alimentares. Veja, a seguir, os principais pontos de uma avaliação nutricional a serem realizados neste capítulo.

Avaliação nutricional

A avaliação nutricional de rotina engloba a história dietética, bem como a investigação dos índices antropométricos, fisiológicos, metabólicos e laboratoriais relacionados ao estado nutricional.

Avaliação antropométrica

Os anoréxicos apresentam desnutrição proteico-energética em decorrência da depleção das reservas adiposas e proteicas, porém com um compartimento de proteínas viscerais relativamente ilesas. Completam todos os requisitos para um diagnóstico de desnutrição proteico-energética severa. Diante dessa condição, uma das metas para reabilitação nutricional é a restauração da gordura corporal e da massa magra.

Na BN, o objetivo, em curto prazo, deve ser a conservação da massa corporal. Ainda que a perda da massa corporal possa ser consentida, a reabilitação nutricional não pode ser prescrita até que os caóticos padrões alimentares estejam consolidados.

Peso e estatura

Não existe um protocolo específico para a avaliação desses dois parâmetros. Os métodos adotados para o cálculo devem ser adotados conforme os critérios do profissional de Nutrição e levando-se em consideração o sexo e a faixa etária do paciente.

Fique atento!

Para a aferição do peso, o paciente deve estar com a bexiga vazia e utilizando o mínimo de peças de vestuário possível. Portanto, deve-se solicitar que ele retire os calçados, relógios, pulseiras e adornos em geral.

Se possível, é importante que o consultório tenha sempre um jaleco (higienizado) para ser utilizado na aferição do peso corporal dos pacientes.

Esses pacientes podem usar estratégias para burlar o seu peso, como carregar água, esconder objetos pesados em si mesmos, reprimir a urina e movimentos intestinais, com o objetivo de atingir uma determinada meta de massa corporal.

Em pacientes hospitalizados, é recomendável que a pesagem seja realizada diariamente, no período da manhã e antes do desjejum.

Já no caso de indivíduos que não estão internados, a pesagem deve ser realizada, pelo menos, uma vez por semana e, de preferência, no mesmo horário.

Gordura corporal

Para a avaliação do percentual de gordura corporal, vários métodos e protocolos podem ser utilizados, mas o indicado, segundo a equação de Durnim e Wosmerley (1974), é o somatório das quatro dobras cutâneas (tricipital, bicipital, subescapular e suprailíaca).

Para uma análise mais precisa da gordura corporal, o recomendável é que se utilizem os seguintes métodos:

- Pesagem hidrostática;
- Exame de absorciometria de raios X de dupla energia (Dexa);
- Análise de bioimpedância elétrica (BIA).

Todavia, esses métodos apresentam limitações. Os dois primeiros, por exemplo, não estão, na maioria das vezes, disponíveis em um consultório ou clínica. Já a BIA, apesar de estar mais disponível, apresenta a restrição de que as mudanças dos fluidos intra e extracelulares em pacientes com distúrbios alimentares graves podem afetar sua acurácia. E de acordo Sunday e Halmi (2003), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), para melhorar a validade, as avaliações devem ser realizadas no período da manhã, antes do desjejum,

utilizando-se, para isso, uma cadeira reclinável, que deve estar sempre deitada na mesma posição para prevenir diferentes associações de fluidos.

O emprego de um único parâmetro não é suficiente para caracterizar o estado nutricional do indivíduo, o que torna necessária a utilização de vários indicadores para potencializar a precisão e exatidão do diagnóstico.

Algumas variáveis podem afetar o tipo de tecido ganho, entre as quais destacam-se:

- Estágios de crescimento e desenvolvimento;
- Grau de desnutrição inicial;
- Duração do distúrbio;
- Tempo da restauração da massa corporal;
- Gênero;
- Genética;
- Atividade física; e
- Tipo e a taxa de realimentação.

Atenção:

A avaliação antropométrica deve ser feita regularmente.

Anamnese e avaliação dietética

História dietética

A avaliação da ingestão energética é indicada para prevenir a super ou subalimentação, com o objetivo de promover a reabilitação nutricional e abrir um diálogo, considerando-se as necessidades energéticas durante as fases da reabilitação nutricional e manutenção da massa corporal.

De maneira geral, os anoréxicos apresentam uma ingestão calórica menor do que o recomendável, com um déficit mil quilocalorias por dia. Contabilizam a sua ingestão calórica diária e, geralmente, a superestimam.

Segundo Affenio *et al*, (2000), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), observou-se que pacientes com AN evitam alimentos ricos em carboidratos, mas, atualmente, há uma tendência à restrição de alimentos que contenham lipídios. Todavia, em um estudo no qual acompanhou-se a ingestão alimentar em 30 indivíduos, foi evidenciado que os pacientes com AN ingeriam expressivamente menos lipídios (15 a 20% das calorias totais) que o grupo controle. (HADIGAN; COLS, 2000, *apud* MAHAN; ESCOTT- STUMP, 2010).

Outra consideração importante é que vários pacientes com AN são adeptos ao vegetarianismo, condição que pode afetar tanto a qualidade como a quantidade de proteínas ingeridas. Essa prática alimentar pode ser utilizada como forma de limitar o consumo de alimentos, principalmente os ricos em lipídios. É importante que o profissional de Nutrição esteja atento a essa questão e estabeleça uma estratégia capaz de minimizar ações vegetarianas restritivas e, caso seja necessário, sugira a suspensão de tal prática.

Em relação aos bulímicos, pode-se afirmar que a ingestão energética é, no mínimo, imprevisível. Todas as etapas do processo envolvido na ingestão alimentar, como o consumo calórico durante o episódio de compulsão, o grau de absorção após a purgação e a extensão da restrição calórica entre os eventos compulsivos, tornam a avaliação da ingestão energética total bastante desafiadora.

Os bulímicos utilizam-se o vômito como um mecanismo para eliminar as calorias consumidas durante os episódios de compulsão e acreditam que essa prática é bastante eficaz. Entretanto, a questão não foi confirmada por uma pesquisa realizada por Kaye *et al* (1993), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), na qual foi avaliado o conteúdo calórico contido nos alimentos ingeridos e purgados por um grupo de 17 pacientes com BN. A investigação revelou que esses pacientes ingeriram uma média de 2.131 (± 1.154) Kcal durante a compulsão alimentar e vomitaram apenas 979 (± 1.003) Kcal. Portanto, apesar de ser uma prática comum, representa apenas o fruto de uma crença, já que é possível alegar que as calorias consumidas durante a compulsão alimentar não são completamente purgadas. Aproximadamente 50% das calorias ingeridas são armazenadas.

Em decorrência da variabilidade da ingestão alimentar dos pacientes com transtornos alimentares, o método de recordatório de 24 horas não é recomendável. Nesse caso, é interessante estimar o consumo alimentar durante toda a semana, mas é importante enfatizar que a estratégia de avaliação não é a mesma empregada em pacientes saudáveis. Nessas situações, a averiguação deverá ser realizada em duas etapas, levando-se em consideração os episódios de compulsão e restrição alimentar. Acompanhe:

- Deve-se determinar o número de dias sem compulsão alimentar (dias de alimentação adequada + dias de alimentação restritiva) e, então, aproximar o conteúdo calórico;
- Deve-se determinar os dias de compulsão alimentar e aproximar-se o conteúdo calórico, deduzindo-se, em seguida, que 50% do total calórico das compulsões que são purgadas (vomitadas). A partir disso, obtém-se a média da ingestão calórica em um período de sete dias. Esse resultado calórico é útil para o processo de aconselhamento.

Todo processo de ingestão alimentar inadequado tem como resultado não só um desajuste na ingestão de macronutrientes, mas também de micronutrientes (vitaminas e minerais). E essa condição é característica tanto de paciente AN quanto de BN.

A partir de uma história dietética de 30 dias, Hadigan *et al* (2000), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), descobriram que mais de 50% dos 30 pacientes avaliados não atingiam a necessidade da DRI para vitamina D, cálcio, folato, vitamina B12, magnésio, cobre e zinco.

Importante:

Quando se obtém uma história dietética, a ingestão de líquidos também deve ser determinada, uma vez que, em tratando-se de pacientes com transtornos alimentares, anormalidades no balanço de fluidos são prevalentes. Alguns pacientes restringem rigorosamente a ingestão de líquidos, pois são intolerantes à

sensação de plenitude, sendo que outros bebem quantidades excessivas na tentativa de inibir a fome. Para os que ingerem líquidos em demasia, torna-se necessário o monitoramento da densidade específica da urina e eletrólitos séricos.

Para finalizar, durante a avaliação alimentar, é importante também determinar comportamentos incomuns ou ritualísticos, como o consumo de alimentos de maneira atípica ou com utensílios não tradicionais e combinações incomuns de alimentos.

Uso demasiado de adoçantes artificiais, produtos dietéticos e de molhos e condimentos, como vinagre, suco de limão e molho inglês.

Também é importante que o profissional esteja atento ao intervalo e período entre as refeições, pois muitos pacientes podem apresentar o hábito de guardar uma porção de alimento até o fim do dia, enquanto outros podem demonstrar receio em se alimentar após determinada hora.

Além disso, é importante mensurar a velocidade da ingestão alimentar, já que os bulímicos, por exemplo, comem rapidamente, ao contrário dos anoréxicos, que apresentam absoluta lentidão ao se alimentarem.

Anamnese – sinais e sintomas

Para a investigação dos principais sinais e sintomas relacionados aos transtornos alimentares e até mesmo de possíveis deficiências nutricionais, alguns métodos podem ser empregados, entre os quais destacam-se:

Avaliação nutricional subjetiva global - a avaliação subjetiva do estado nutricional é um método simples, rápido e de baixo custo que pode ser utilizado para avaliar pacientes em risco nutricional. A metodologia da avaliação subjetiva constitui-se em uma anamnese direcionada, que aborda questões simples, mas relevantes, como história clínica e exame físico. Esse método pode ser adaptado para diferentes situações clínicas.

Exame clínico - o estado nutricional reflete o grau em que as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atendidas. Sendo assim, o exame clínico com enfoque nutricional é um componente importante da avaliação nutricional global, uma vez que algumas deficiências nutricionais podem ser identificadas através da avaliação de sinais clínicos. Todavia, é importante lembrar que alguns

sinais de deficiências nutricionais não são específicos e, portanto, devem ser diferenciados daqueles que apresentam etiologia não nutricional.

Teste de atitudes alimentares (EAT- 26) - o Eating Attitudes Test (EAT) ou “Teste de Atitudes Alimentares” consiste em estudos que avaliam a anorexia nervosa com o intuito de medir os sintomas da síndrome de maneira fácil e rápida, favorecendo, assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, evitando, conseqüentemente, a evolução da doença.

Teste de investigação bulímica de edimburgo (Bite) - desenvolvido por Henderson e Freeman (1987) como um questionário autoaplicável que permite dimensionar aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia. No Brasil, o Bite tem sido utilizado no Ambulatório de Bulimia (Ambulim), no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). O teste teve boa aceitação por parte dos pacientes e leva aproximadamente 10 minutos para sua aplicação.

Avaliação laboratorial

Hemograma

Apesar do acentuado quadro de caquexia, muitos anoréxicos não apresentam alteração nos índices bioquímicos relacionados à desnutrição. Isso se deve aos mecanismos compensatórios, e diversas anormalidades laboratoriais podem não ser observadas até que a enfermidade alcance um estado avançado.

De acordo com Swenne (2004), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), na AN, não é comum que ocorram modificações nas concentrações das proteínas viscerais e as concentrações séricas de albumina também estão geralmente dentro dos limites de referência, mas podem ser mascaradas pela desidratação que ocorre durante o início da terapêutica. Ele acrescenta ainda que a anemia por deficiência de ferro também não é comum na AN. As necessidades desse nutriente são diminuídas em decorrência da amenorreia e do estado catabólico global do paciente. A verdadeira situação de anemia ferropriva pode ser mascarada pela hemoconcentração, como consequência da desidratação que geralmente ocorre durante o início do tratamento. Após a estabilização da alimentação, a concentração de hemoglobina pode se apresentar abaixo dos valores normais.

Perfil lipídico

Mesmo apresentando uma baixa ingestão de lipídios e colesterol, é comum que alguns pacientes com NA apresentem concentrações séricas de colesterol total elevadas (APA, 2006, *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP, 2010). Entretanto, essa condição não justifica a prescrição de uma dieta hipolipídica. Na situação descrita, é importante que o paciente seja reavaliado após a restauração da massa corporal e de um período para a consolidação da mesma.

Concentrações sanguíneas baixas de ácidos graxos essenciais podem contribuir para os sintomas físicos e mentais do distúrbio (AYTON, 2004, *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP, 2010).

Em relação a esse mesmo parâmetro, mas se tratando de pacientes com BN, as concentrações sanguíneas podem se apresentar irregulares. Tais pacientes são propensos a consumir alimentos com baixo teor de lipídios e de energia ao longo da fase de restrição, e alimentos de alto teor de lipídios e glicídios durante os episódios de compulsão alimentar. Além disso, assim como nos pacientes anoréxicos, análises lipídicas precisas podem ser obtidas somente após um período de estabilização dietética.

Atenção:

Os pacientes com transtornos alimentares podem apresentar dificuldades para aceitar o jejum necessário para uma investigação dos lipídios sanguíneos.

Hormonal

Quanto ao parâmetro relacionado às concentrações hormonais, no caso de pacientes anoréxicos, a síntese de hormônio tireoideano tende a ser adequada. No entanto, a desiodação periférica da tiroxina favorece a formação de tri-iodotironina reduzida (rT3), que é menos funcional metabolicamente, em vez de tri-iodotironina (T3), tendo com consequência a síndrome de baixa quantidade de T3. Na maioria dos casos, a restauração desse estado metabólico ocorre logo que a adequação da massa corporal é estabelecida. Sendo assim, a reposição de hormônio tireoideano não é indicada (APA, 2006, *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP, 2010).

Vitaminas e minerais

De acordo com Castro (2004); Prousky (2003), *apud* Mahan; Escott - Stump

(2010), os relatos de deficiência de micronutrientes são de riboflavina, vitamina B6, tiamina, niacina, folato e vitamina E, que foram descritos em pacientes com AN de baixa massa corporal e cronicamente enfermos.

Outro achado comum nesse mesmo grupo de pacientes é a hipercarotenemia, que é geralmente associada à mobilização dos depósitos de lipídios, alterações catabólicas causadas pela perda de massa corporal e estresse metabólico. No entanto, a adequação dos níveis séricos de caroteno, geralmente se dá durante o processo de reabilitação nutricional.

Outro ponto importante é que, em decorrência da adoção de uma dieta carente em energia, carne vermelha e/ou alimentação vegetariana, pode ocorrer uma deficiência de zinco.

Nos anoréxicos, também é comum uma alta prevalência de osteopenia e osteoporose. Apesar de não serem consideradas as causas primárias (baixas concentrações de estrogênio, testosterona e a perda de massa corporal), as deficiências dietéticas de cálcio, magnésio e vitamina D contribuem para o surgimento e/ou agravamento de tais males. Nesses casos, é aconselhável a realização da absorciometria de raios X de dupla energia para determinar o possível dano causado.

Balanço de fluidos e eletrólitos

Em pacientes com distúrbios alimentares, o vômito e o uso de laxantes e diuréticos podem desencadear desequilíbrios de fluidos e eletrólitos, o que se deve à frequência desses episódios. A utilização de laxantes pode implicar em hipocalcemia, assim como o emprego de diuréticos também pode causar hipocalcemia e desidratação. As consequências do ato de golpear podem ser desidratação, hipocalcemia e alcalose com hipocloremia.

A concentração urinária é diminuída, já o débito urinário, na semi-inanição, é aumentado.

Nesses pacientes, em resposta à desnutrição e à realimentação, pode ocorrer a presença de edema.

Cálculos energéticos

Em pacientes com AN e desnutridos, o gasto energético de repouso (GER) é tipicamente baixo (ZWANN, *et al*, 2002, *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP,

2010). Os fatores que contribuem para o aparecimento desse estado hipometabólico são:

- Detrimento de massa corporal;
- Redução da massa magra;
- Restrição calórica; e
- Concentrações diminuídas de leptina.

Ainda em relação a esses pacientes, é importante informar que a realimentação aumenta o GER. Todavia, em alguns casos, esse acréscimo é excessivo e representa uma resistência metabólica ao ganho de massa corporal. Segundo Van Wymelbeke, *et al* (2004), *apud* Mahan; Escott - Stump (2010), o estado de ansiedade, a dor abdominal, a hiperatividade e o consumo de cigarros também podem estar associados a esse acontecimento.

Uma exagerada termogênese induzida pela dieta (TID) também tem sido relatada na AN durante o curso da realimentação. Isso também contribui para a resistência metabólica ao ganho de massa corporal durante o início do curso de reabilitação nutricional na AN (ZWANN *et al.*, 2002 *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP 2010).

Agora em relação aos pacientes bulímicos, as taxas metabólicas podem ser irregulares. A restrição energética entre os episódios de compulsão pode colocá-los em um estado de semi-inanição (resultando em uma taxa hipometabólica). Contudo, a compulsão acompanhada de purgação pode aumentar a taxa metabólica secundária a uma liberação pré-absortiva de insulina, ativando o sistema nervoso simpático (ZWANN E COLS, 2002 *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP, 2010).

A investigação do GER é recomendável tanto no início quanto durante o curso da reabilitação nutricional dos pacientes com AN e BN (SCHEBENDACH, 2003, *apud* MAHAN; ESCOTT - STUMP, 2010).

Prescrição dietética

De maneira resumida, os objetivos dessa última etapa da avaliação

nutricional são:

- Correção das sequelas fisiopatológicas;
- Restauração da massa corporal; e
- Normalização dos padrões alimentares, comportamentos alimentares e os sinais de fome/saciedade.

As escolhas do tipo de intervenção, hospitalar, domiciliar ou ambulatorial são definidas segundo o quadro clínico do paciente, se ele se encontra clinicamente estável ou não, ou se há presença de determinada condição que o coloque em risco de morte.

As estratégias e os protocolos de planejamento nutricional variam de acordo com a instituição e/ou profissional em questão. Os sistemas de planejamento das refeições também variam entre os programas de tratamento. Alguns elaboram o seu próprio plano, outros usam trocas de grupos alimentares ou o sistema da pirâmide, enquanto que um terceiro formula um plano alimentar individualizado.

Até o presente momento, não existe uma pesquisa que sugere que um método de planejamento de refeição seja mais adequado que outro, e cada programa ou estratégia de terapêutica tende a ter sua própria filosofia sobre o planejamento do cardápio.

Importante

Independente do protocolo, o profissional ou equipe de tratamento tem mais controle sobre as escolhas alimentares, a ingestão energética e a distribuição energética dos pacientes sob internação quando comparados aos que estão em ambiente ambulatorial.

Os indivíduos com BN raramente são hospitalizados e a terapia de aconselhamento nutricional geralmente ocorre no ambiente ambulatorial.

Uma vez definida a prescrição calórica, a distribuição de macronutrientes deve ser determinada, e no que tange essa questão, algumas considerações são importantes, no que se refere aos carboidratos, proteínas, lipídios e suplementos. Veja a seguir.

Carboidratos

A ingestão de carboidratos na faixa de 50 a 55% das calorias totais é

recomendável e bem tolerada por esses pacientes. A inclusão de alimentos fontes de fibras, principalmente insolúveis, também é indicada, pois, além de aliviar os sintomas da constipação frequentemente observada nessa população, promove a saúde como um todo.

A ingestão adequada de carboidratos pode ser importante no controle dos episódios bulímicos.

Proteínas

No que diz respeito à proteína, é recomendável uma ingestão de 15 a 20% do total de calorias diárias. Para garantir a adequação, a prescrição mínima deve ser igual à recomendação dietética.

Qualquer prática alimentar restritiva deve ser desestimulada durante o processo de reabilitação nutricional.

A adequação de proteína e lipídios deve ser utilizada como estratégia de promoção da saciedade.

Lipídios

Em relação aos lipídios, uma ingestão dietética de 25 a 30% de VET é recomendável. Essa estratégia é facilmente atingida quando os pacientes estão internados. Todavia, pacientes em tratamento ambulatorial podem apresentar uma maior resistência a essa forma de intervenção. Portanto, nesses casos recomendam-se aumentos progressivos na ingestão do nutriente em questão.

Ainda que alguns pacientes tolerem pequenas quantidades de gordura utilizadas na forma de molhos, maionese, ou manteiga, a grande maioria prefere a oferta desses alimentos de maneira menos evidente, como queijo, manteiga de amendoim, granola e petisco.

De maneira geral, as táticas de modificações alimentares em relação aos lipídeos devem ser aplicadas de maneira progressiva, focadas na substituição de alimentos isentos, passando pelos parcialmente livres e, por fim, substituindo-os pelos alimentos com maiores concentrações (integrais). Além disso, é importante salientar a substituição das gorduras dos alimentos, ensinando como essa prática deve ser realizada. Estimular a troca de alimentos com altas concentrações de gorduras saturadas por alimentos ricos em gorduras insaturadas também é uma estratégia necessária.

Suplementos

A suplementação necessita ser sempre bem planejada e analisada, e especial

atenção deve ser dada quando se tratar de paciente com transtornos alimentares.

Quanto à prescrição, de maneira geral, essa prática não é comumente adotada, todavia a potencialidade para maiores necessidades durante a fase anabólica deve ser considerada.

Atenção:

Um suplemento multivitamínico que forneça 100% da RDA é recomendável, mas é preciso estar atento aos níveis de ferro, pois podem, em alguns casos, agravar a constipação. Uma atenção particular também deve ser dada para a inclusão de alimentos ricos em cálcio acompanhados de uma vitamina D, que é indicada em razão do risco aumentado de osteopenia e osteoporose.

Em relação às alterações na quantidade de alimentos ofertados e o número de refeições oferecidas, uma das principais queixas e orientações é o atraso no esvaziamento gástrico. Com o aumento das calorias ingeridas, é provável que alguns pacientes apresentem tal desconforto, e o que se sugere como estratégia é que se utilizem pequenos lanches entre as principais refeições.

Outra queixa refere-se à culpabilidade. Com a evolução calórica no decorrer do tratamento, o paciente acaba acirrando esse anseio. Como estratégia de minimizar o desconforto, recomenda-se a utilização de suplementos hipercalóricos na forma líquida até que o estado nutricional se restabeleça. Esses suplementos se encontram comercialmente disponíveis com composição de 30 a 45 kcal/mL e, na maioria dos casos, a prescrição é feita de uma ou duas vezes ao dia.

No caso dos pacientes bulímicos, a meta da terapêutica nutricional deve ser a suspensão do ciclo de compulsão alimentar e purgação, reparo do comportamento alimentar e restauração da massa corporal.

Os bulímicos apresentam uma alteração na eficiência metabólica, situação que deve ser considerada no momento da elaboração do plano alimentar.

A investigação do GER associada aos sinais e sintomas clínicos, especialmente no estado hipometabólico com baixas concentrações de T3 e intolerância ao frio, são relevantes na etapa de definição de demanda calórica

desses pacientes. Havendo indícios de metabolismo baixo é recomendável, de início, uma prescrição calórica de 1.500 a 1.600 Kcal/dia. Outra forma de se estabelecer a prescrição calórica desses pacientes é se basear na ingestão atual dos mesmos, aplicando o seguinte método:

- Em uma semana típica, pedir ao paciente para estimar o número de dias de compulsão alimentar/purgação, os de compulsão alimentar/não purgação, os de ingestão moderada e os dias de ingestão restritiva;
- Solicitar que o paciente exponha como é uma ingestão alimentar típica em um dia de compulsão alimentar/purgação, em um dia de compulsão alimentar/não purgação, em um dia de ingestão moderada e em um dia de ingestão restritiva;
- Estimar 50% da ingestão calórica nos dias de compulsão alimentar/purgação e 100% da ingestão calórica nos dias de compulsão alimentar/não purgação, nos dias de ingestão moderada e nos dias de ingestão restritiva;
- Calcular a ingestão calórica total durante um período de sete dias;
- Calcular a ingestão diária média.

Seguindo essa sequência, o profissional de Nutrição poderá estabelecer a alimentação inicial e o plano de refeição baseado nessa estimativa da ingestão média diária.

Tratando-se da massa corporal, de acordo com Schebendach (2003), *apud* Mahan; Escott - Stump (2010), o parâmetro deve ser monitorado com meta de consolidação. Se a massa corporal for concretizada com uma ingestão calórica menor que a média, pequenos avanços, porém sólidos, na ingestão calórica devem ser prescritos a cada intervalo de uma a duas semanas. Tal ação irá induzir um acréscimo na taxa metabólica basal.

Os bulímicos são, caracteristicamente, mais receptivos e menos resistentes

ao aconselhamento nutricional quando comparados aos anoréxicos, embora tenham menores possibilidades de aceitarem o estágio pré-contemplação de mudança. Estratégias para aconselhamento nutricional serão sugeridas no próximo módulo.

Considerações importantes

Paciência e apoio são essenciais durante o período de intervenção e extremamente importantes na realização e adesão de novos hábitos alimentares.

Os transtornos alimentares devem ser compreendidos e avaliados como distúrbios potencialmente crônicos caracterizados por períodos de recaídas.

A reabilitação nutricional pode corrigir algumas consequências fisiopatológicas da desnutrição nos distúrbios alimentares (p. ex., estado hipometabólico, instabilidade dos sinais vitais), mas não todas (massa orgânica, massa óssea e crescimento).

A realimentação nos distúrbios alimentares exige o empenho de toda a equipe envolvida no tratamento, assim como o apoio de amigos e familiares.

É importante que o paciente esteja consciente de que o tratamento pode durar alguns anos. Sendo assim, a expectativa de cura imediata deve ser descartada. O sucesso da terapia está diretamente relacionado ao tempo de intervenção.

Colocando em prática

Pensando em criar uma oportunidade para colocar em prática alguns assuntos abordados neste capítulo e para ilustrar uma situação clínica real, elaboramos dois relatos de caso clínico, com as seguintes situações:

Relato de caso clínico – anorexia nervosa

Dados pessoais e antropométricos

Sexo: feminino

Idade: 13 anos (adolescente)

Altura: 1,55 m

Peso atual: 32,7 kg

Peso usual: 46,7 kg

Dobras tricipital: 4 mm;

Dobra bicipital: 2 mm;

Dobra subescapular: 5 mm;

Dobra suprailíaca: 4 mm;

Circunferência do braço: 18 cm;

Circunferência muscular do braço: 16,7 cm.

Histórico de vida e hábitos alimentares:

A paciente iniciou o seu ciclo menstrual aos 12 anos, mas, nos últimos cinco meses, não tem menstruado. Em decorrência de uma excessiva preocupação com a forma física, especialmente com a cintura e coxas, começou a eliminar algumas refeições, como lanches e sobremesas. Decidiu, então, aderir a uma dieta saudável para o coração e eliminou todas as fontes de lipídios dietéticos. Há cerca de cinco meses, eliminou também a carne vermelha, aves e frutos do mar, afirmando que uma dieta vegetariana era uma opção mais saudável.

A sua preocupação com a dimensão de sua estrutura corporal é maior a cada dia, mesmo tendo, nos últimos dias, tido uma significativa redução de massa corporal.

Os seus hábitos alimentares vêm se tornando progressivamente mais restritos, tanto em quantidade quanto em variedade, fornecendo aproximadamente 650 Kcal/dia. Tal situação vem preocupando os seus familiares.

A paciente apresenta diversos rituais alimentares, como o corte ou fracionamento excessivo dos alimentos durante as refeições e tempo demasiado para se alimentar seguido de culpa e angústia. Em algumas vezes, segundo os familiares, chega até a chorar após o ato alimentar.

Em alguns dias, chega a ficar praticamente sem se alimentar, apenas ingere pequenas quantidades de água e bebidas dietéticas. Apesar de sua ingestão calórica limitada, continua praticando futebol (de uma a duas horas por dia, cinco vezes por semana), exercícios de resistência (abdominais e levantamentos de pernas, 30 min/dia) e corrida todas as manhãs (8 a 11 Km).

Informações laboratoriais

Glicose: 62 mg/dL;

Albumina: 4,6 g/dL;

Colesterol: 240 mg/dL;

Fósforo: 2,3 mg/dL;

T3: 78 ng/dL;

VHS: 2 mm/h.

Com base no relatado, a avaliação do estado nutricional da paciente e a sugestão do seus diagnóstico estão descritos a seguir.

Diagnóstico: padrão de distúrbio alimentar relacionado à restrição alimentar, como evidenciado pelos rituais envolvendo refeições e alimentos e pela baixa massa corporal para a estatura.

Algumas possíveis complicações clínicas que essa paciente pode desenvolver em decorrência da inanição: analisando-se o quadro da paciente, foi observado que, entre as inúmeras complicações que podem se desenvolver graças à inanição, são possíveis: dislipidemias e doenças cardiovasculares em decorrência das alterações como a elevação do colesterol sérico, anemia severa, redução na secreção de ácido clorídrico, aumento da proliferação de bactérias (principalmente no trato gastrointestinal), resposta diminuída do sistema imunológico e redução de massa magra, situação que pode comprometer o funcionamento de órgãos vitais, como, por exemplo, o coração.

Avaliação das informações laboratoriais e investigação sobre quais seriam as prováveis alterações desses índices durante a realimentação: a Síndrome de Realimentação pode ser descrita como uma condição potencialmente letal, em que ocorre uma desordem severa de eletrólitos, minerais, fluidos corporais e vitaminas associada à anormalidades metabólicas em pacientes predispostos quando realimentados, seja por via oral, enteral ou parenteral. As alterações mais observadas nessa síndrome envolvem o consumo intracelular de eletrólitos e minerais, como potássio, magnésio e, principalmente, fósforo, devido ao intenso anabolismo associado à depleção longa e excessiva administração de carboidratos, situação que favorece a entrada de potássio e fósforo na célula, resultando em hipofosfatemia grave e letal.

Avaliando-se os dados laboratoriais da paciente, é possível observar que a concentração sérica de fósforo encontra-se próxima ao limite inferior de referência. Entretanto, assim que a paciente iniciar a síndrome de realimentação, esse componente pode ser reduzido, apresentando, como sintoma inicial, fraqueza muscular. Caso não ocorra nenhum tipo de intervenção, tal condição

poderá apresentar sintomas mais graves, como enfraquecimento dos ossos, provocando dor e fraturas. É importante lembrar que uma concentração de fósforo inferior a 1,5 mg/dL pode ser perigosa, conduzindo a uma debilidade muscular progressiva, estupor, coma e morte.

Determinando-se o peso ideal, a meta e a taxa recomendada de ganho de peso: aplicando-se como referência o método IMC/I da OMS (2006/2007), foi realizada a avaliação da paciente e os resultados obtidos foram:

- IMC atual - índice de massa corporal – 13.61 Kg/m²
- Score Z - IMC/I: 3
- Percentil - IMC/I: abaixo do percentil 1
- Classificação: baixo IMC para a idade

Segundo esse método, o IMC ideal para idade é 18,8 Kg/m². Com base nesse valor, o peso ideal e meta para a paciente é de 45 Kg. Considerando-se que a paciente tenha uma boa aceitação das recomendações calóricas e que, no decorrer da intervenção, não apresente nenhuma recaída, o esperado é que ela obtenha um ganho de peso mensal de aproximadamente 2 Kg. Informações sobre como foi estimulada essa meta serão detalhadas na questão abaixo.

Calculo da prescrição calórica inicial e descrição de como se chegou a esse valor: para a investigação da necessidade calórica da paciente, foram empregados os seguintes métodos: Dietary Reference Intakes (DRI), de 2002, e OMS - peso desejado (34,7 kg). Como foi dito no item anterior, a meta estipulada de ganho de peso mensal foi de 2 Kg. Portanto, os valores calóricos deverão ser recalculados mensalmente. Os valores calóricos encontrados foram: 2528,43 e 2128,20 Kcal, respectivamente. A média dos cálculos energéticos é de 2328,32 Kcal/dia.

Mesmo que a paciente tenha apresentado uma necessidade média de 2328,32 Kcal/dia, a prescrição dietética inicial não pode ser definida com base nesse valor, uma vez que a sua ingestão atual gira em torno de 650 Kcal/dia. Portanto, pensando em uma melhor aceitação e menor desconforto gastrointestinal, a prescrição calórica será realizada com 1.200 Kcal/dia, valor que atende às necessidades básicas da paciente. À medida que a paciente for aderindo ao tratamento, é preciso adequar a prescrição calórica de acordo com o

seu GET.

Elaborando um exemplo de cardápio: na tabela abaixo (Tabela 1), é descrita a sugestão do cardápio para este relato de caso.

Desjejum ou café da manhã

Alimento	Medida	Qtde.	Qtde. (g/mL)
Pão de batata	Porção	1	50
Leite de vaca desnatado	Copo americano, cheio	1	165
Café com açúcar	Cafezinho	1	50

Lanche da manhã II ou colação

Maçã	Unidade média	1	150
------	---------------	---	-----

Almoço

Arroz cozido	Colher de arroz, cheia	1	45
Feijão cozido	Concha pequena	1	65
Filé de frango grelhado	Gramas	80	80
Alface	Folha grande	3	45
Chuchu (cozido)	Colher de sopa, cheia, picada	2	40
Tomate	Colher de sopa, cheia, cubos	2	30
Azeite de oliva	Colher de chá	1	2

Lanche da tarde

Pão de queijo	Unidade média	1	20
Suco de abacaxi com açúcar	Copo americano, cheio	1	165

Jantar

Arroz cozido	Colher de arroz, cheia	1	45
Feijão cozido	Concha pequena	1	65
Ovo de galinha cozido	Unidade média	1	45
Almeirão	Colher de sopa	4	16
Beterraba cozida	Colher de sopa, cheia, picada	3	60
Couve-flor cozida	Colher de sopa, cheia, picada	2	50

Azeite de oliva	Colher de chá	1	2
-----------------	---------------	---	---

Ceia

Bolo de cenoura	Gramas	50	50
Chá de camomila (infusão)	Mililitro (mL)	240	240

Tabela 1 - Sugestão de cardápio para o relato de caso de anorexia nervosa

Relato de caso clínico – bulimia nervosa

Dados pessoais e antropométricos

Sexo: feminino

Idade: 19 anos (adolescente)

Altura: 1,65 m

Peso atual: 62,6 kg

Peso usual: 46,7 kg

Dobras tricipital: 20 mm;

Dobra bicipital: 7 mm;

Dobra subescapular: 10 mm;

Dobra suprailíaca: 13 mm;

Circunferência do braço: 26,7 cm;

Circunferência muscular do braço: 20,4 cm.

Histórico de vida e hábitos alimentares:

Sempre estive infeliz com sua massa corporal e, em decorrência disso, aderi a inúmeras dietas.

Há cerca de um ano, começou a ter episódios de compulsão alimentar. Atualmente, eles ocorrem de três a quatro vezes por semana. Durante essas crises, ingere cerca de 1.500 a 2.000 Kcal, e os principais alimentos consumidos durante o processo são: sorvetes, biscoitos, chocolate, batatas fritas e outros alimentos hipercalóricos.

A paciente define esses alimentos como “alimentos que engordam e não são saudáveis”. Após a compulsão alimentar, ela sente-se extremamente culpada e provoca o vômito imediatamente. Sempre tenta comer o mínimo possível no dia

seguinte, consumindo, algumas vezes, apenas 700 ou 800 Kcal.

Há três meses, começou a utilizar laxantes pelo menos três vezes por semana. Além disso, consome, ocasionalmente, remédios para emagrecer sem prescrição médica, que, na verdade, nunca ajudam.

A paciente sente-se incomodada com a presença de gordura, principalmente na região do abdômen, nádegas e coxas. Sua atividade física inclui exercícios localizados (100 abdominais e 100 levantamentos de pernas) três a quatro vezes por semana.

Informações laboratoriais

Glicose: 82 mg/dL;

Albumina: 4,2 g/dL;

Colesterol: 180 mg/dL;

Potássio: 2,7 mmol/L;

Gás carbônico sérico: 31 mmol/L.

Com base no relatado, a avaliação do estado nutricional do paciente e a sugestão do seus diagnóstico estão descritos a seguir.

Diagnóstico: padrão de distúrbio alimentar relacionado à compulsão alimentar e purgação, como evidenciado pelo vômito autoinduzido seguido por episódios de ânsia por alimento, acompanhados de culpa e alimentação restritiva.

Algumas das possíveis complicações clínicas que a paciente poderá desenvolver secundárias à compulsão alimentar e seus comportamentos compensatórios: as complicações clínicas são decorrentes, principalmente, das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia, alterações cardiovasculares, entre outras. Estados bulímicos mais graves, com vários episódios de vômitos por dia, podem apresentar, inclusive, ulcerações no dorso da mão pelo uso da mesma para induzir a emese, o que se chama de sinal de Russell.

Avaliação dos dados laboratoriais e o que se espera com esses índices durante a reabilitação: avaliando-se os dados laboratoriais, é esperado que, durante a reabilitação, os valores fiquem acima da normalidade, mas sem que haja a necessidade de uma intervenção.

Determinando o peso ideal e a meta para tratamento em curto e longo prazo: aplicando-se como referência o método IMC/I da OMS (2006/2007), foi

realizada a avaliação da paciente e os resultados obtidos foram:

- IMC atual - índice de massa corporal: 22,99 Kg/m²
- Score Z - IMC/I: 0,47
- Percentil - IMC/I: percentil entre 50 e 75
- Classificação: IMC adequado

Segundo esse método, o IMC ideal para idade é 21,4 Kg/m². Com base nesse valor, o peso ideal e meta para a paciente é de 58 Kg.

Cálculo da prescrição calórica inicial e discussão sobre como se chegou a esse valor: em dias de compulsão, a paciente ingere de 1.500 a 2.000 Kcal em um período de duas horas e, em dias normais, de 700 a 800 Kcal/dia para compensar os dias de comportamento compulsivo. Sendo assim, a estratégia de recomendação de mudança para a paciente é começar fazendo uma prescrição dietética de 1.500 Kcal/dia. Dessa forma, ela irá aceitar melhor a dieta e, no decorrer do tratamento, o nutricionista poderá aumentar a recomendação até atingir a necessidade diária adequada ao gasto energético da assistida.

Nesses casos, é importante que o nutricionista fique atento a prováveis alterações de peso, pois os pacientes poderão ficar incomodados com tais oscilações.

Elaborando um exemplo de cardápio: na tabela abaixo (Tabela 2), é descrita a sugestão do cardápio para este relato de caso.

Desjejum ou café da manhã			
Alimento	Medida	Qtde.	Qtde. (g/mL)
Pão de forma	Fatia média	2	50
Margarina	Pequena quant./pão de forma	1	5
Café c/ açúcar	Cafezinho	1	50
Leite desnatado	Copo americano, cheio	1	165

Lanche da manhã		
Banana-prata	Unidade média	1 40

Almoço			
Almeirão	Colher de sopa	2	8
Tomate, salada	Colher de sopa, cheia, cubos	2	30
Azeite de oliva	Colher de chá	1	2
Arroz cozido	Colher de arroz, cheia	2	90
Feijão-carioca	Concha pequena	1	65
Bife bovino	Gramas	60	60
Lanche da tarde I			
Pão francês	Unidade	1	50
Queijo Minas Padrão	Fatia pequena	1	25
Suco de laranja s/ açúcar	Copo americano, cheio	1	165
Jantar			
Alface-romana	Colher de sopa, cheia, picada	4	32
Rabanete	Colher de sopa, cheia	2	30
Azeite de oliva	Colher de chá	1	2
Filé de frango grelhado	Gramas	50	50
Arroz com brócolis	Colher de arroz	1	45
Feijão, preto, cozido	Colher de sopa, cheia	2	34
Farofa de cenoura	Colher de arroz, cheia	1	35
Ceia			
Iogurte de pêssego	Unidade pequena	1	140
Biscoito de aveia	Unidade	2	16

Tabela 2 - Sugestão de cardápio para o relato de caso de bulimia nervosa

Módulo 7

Educação nutricional e prognóstico

Após o estabelecimento da avaliação e o diagnóstico nutricional, a próxima etapa é projetar a intervenção, que pode ser realizada através do aconselhamento. Para proporcionar uma orientação individualizada, ou seja, específica para as necessidades de cada indivíduo, diferentes habilidades e estratégias são necessárias.

Para que esse processo ocorra de modo adequado, vários passos devem ser seguidos, entre os quais destacam-se:

- *Conscientização e incentivo sobre a necessidade de mudança;*
- *Fornecimento de informações e, principalmente, esclarecimento de conhecimentos equivocados;*
- *Abordagem e esclarecimentos sobre as preocupações do paciente;*
- *Adesão de novos hábitos alimentares;*
- *Identificação de obstáculos que coloquem em risco o sucesso do tratamento; e*
- *Oferecimento de apoio e estímulo de autoconfiança e eficácia.*

Tão importante quanto a conscientização do paciente sobre eficácia é a compreensão, por parte do nutricionista, das suas próprias limitações. É crucial, portanto, que haja consciência dos caminhos e abordagens pessoais que possibilitem ao profissional ser mais eficiente na compreensão da necessidade de evolução da terapêutica.

16 Intervenção: educação nutricional

A educação nutricional é considerada o procedimento pelo qual os pacientes são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. Portanto, é esperado que o efeito desse processo seja não apenas o desenvolvimento de conhecimentos sobre nutrição mas de mudança de conduta em relação ao alimento.

Tal manobra é considerada um dos caminhos existentes para a promoção da saúde, que tem a capacidade de fazer com que consigamos refletir sobre o comportamento alimentar. Isso é obtido a partir da conscientização sobre a importância da alimentação para a saúde, permitindo, assim, o resgate de práticas saudáveis à mesa.

A mudança desejada de um comportamento deve ser muito bem adequada ao contexto de cada indivíduo. O paciente deve reconhecer que existe o problema e assumir a necessidade de transformação. Sem essa conscientização, todo o trabalho de educação é inútil.

Estilos de aconselhamento nutricional

Existem dois tipos de aconselhamento nutricional, que são o tradicional e o contemporâneo. Veja, a seguir, as características de cada um:

Tradicional

- Baseado no conteúdo;
- Direcionado ao objetivo. Orientado estritamente à dieta;
- Trabalha com comportamentos;
- Fornece lista de “permitidos” ou “proibidos”, “faça” e “não faça”;
- Tempo limitado para treinar e acompanhar o desempenho;
- Relacionamento limitado entre o conselheiro e o cliente;

- O educador é autoritário;
- O cliente é dependente;
- Apresenta déficits de cognitivos, melhora de conhecimentos e habilidades;
- O acompanhamento é restrito;
- Menos chance para avaliar a aderência;
- Sucesso avaliado objetivamente (conhecimento, mudança de comportamento ou parâmetro de saúde);
- Menor cooperação interdisciplinar.

Contemporâneo

- Baseado no processo (série contínua de eventos interdependentes);
- Direcionado ao relacionamento. Explora assuntos pessoais;
- Trabalha com pensamentos, sentimentos e comportamentos;
- Encoraja escolhas entre as opções;
- Dá motivação e faz elogios;
- O conselheiro e o cliente desenvolvem um relacionamento mais próximo, são parceiros;
- Promove a independência do cliente;
- Endereça motivação, negação e resistência. Resolução de assuntos e barreiras que impedem uma pessoa de fazer

escolhas saudáveis;

- O acompanhamento é aberto, mais longo;
- Pode medir aderência e fazer ajustes;
- Sucesso medido subjetivamente (felicidade, mudança de humor, movimentos, relacionamentos);
- Enfatiza a abordagem de equipe multidisciplinar.

Quando se trata de transtornos alimentares, um dos problemas que a educação nutricional enfrenta é o fato de que esses pacientes parecem possuir bastante conhecimento sobre alimentos e Nutrição, mas que costumam ser equivocados na maioria das vezes. Justamente por isso, a educação nutricional é um componente essencial no seu plano tratamento.

Para pacientes com AN e BN, os materiais de educação nutricional devem ser examinados profundamente para determinar se a linguagem e o assunto não são tendenciosos. O foco da educação nutricional é:

- Investigar o impacto da desnutrição no crescimento, desenvolvimento e no comportamento;
- Averiguar a adaptação metabólica e fisiológica à dieta;
- Pesquisar a restrição e a inibição alimentar (dificuldade em realizar refeições em eventos sociais, nas festividades e junto à família);
- Motivos da compulsão alimentar e purgação;
- O significado do ganho de massa corporal no sentido de reserva de glicogênio, no balanço de fluidos, em relação à massa corporal magra e a acumulação de tecido adiposo no paciente;
- Efeito do exercício no gasto energético;

- Esclarecer que as ações de purgação (vômito, laxantes e diuréticos), em longo prazo, se tornam ineficientes para o controle da massa corporal;
- A porção e o número de refeições são controlados (prevenindo-se casos de compulsão alimentar que o indivíduo possa vir a ter ao longo do dia);
- Sistema de substituição de alimentos (adequação a algum tipo de dieta restritiva, por exemplo, dieta vegetariana);
- Informações sobre o Guia Alimentar;
- Dicas para controlar a fome e promover a saciedade;
- Interpretação dos rótulos nutricionais para a aquisição, armazenamento e preparo dos alimentos; e
- Desmistificar conceitos e conhecimentos nutricionais incorretos.

Para facilitar a compreensão de alguns fatores que estão relacionados à adesão às orientações nutricionais, seguem algumas considerações:

Paciente

Excesso de informações: quanto maior o número de informações recebidas ao mesmo tempo, menor a aderência.

Ansiedade: as condições extremas de ansiedade (baixa ou alta) do paciente em relação às mudanças alimentares reduzem o percentual de aderência.

Ambiente familiar: a adesão às orientações nutricionais parece ser menor em pacientes que vivem sozinhos.

Expectativa do paciente e dos familiares: a aderência pela mudança de comportamento é maior quando a expectativa é positiva.

Apoio familiar: o envolvimento dos membros familiares e amigos na adesão às orientações nutricionais é decisivo. Os grupos de apoio podem ser eficazes.

Rotina: o estilo de vida irregular do paciente prejudica a aderência ao tratamento. Por isso é importante estimular o cumprimento dos horários e costumes alimentares.

Profissional ou equipe de tratamento

Satisfação: o paciente adere às orientações mais facilmente se estiver satisfeito com o profissional e com a abordagem do tratamento.

Mudança de profissional: manter o mesmo profissional durante o período de tratamento favorece o desenvolvimento de um relacionamento de confiança. Tal ação aumenta as chances de aceitar a terapêutica.

Postura: desenvolver um relacionamento construtivo com empatia, calor humano e sinceridade. Criar um ambiente de segurança e confiança, no qual o paciente não se sinta julgado.

Esclarecimento: escutar o paciente completamente e ativamente. Avaliar a compreensão e os seus sentimentos. Fornecer informações precisas, de maneira clara e simples, assim como esclarecer e corrigir informações equivocadas. O retorno ao paciente deve ser o mais rápido possível, contatos via e-mail e telefone devem ser atendidos o mais breve possível.

Sensibilidade: valorizar e respeitar os sentimentos e ser sensível às diferenças culturais e a outras peculiaridades do paciente. Não demonstrar desatenção, desinteresse ou insensibilidade. Não atender a ligações telefônicas durante a consulta. "Ouvir com os ouvidos e olhos" (dar atenção às mensagens não faladas).

Apoio auxiliar: recorrer à ajuda de outros serviços ou profissionais de saúde (psiquiatra, psicólogo, psicanalista, etc) sempre que necessário. Avaliar qual é a melhor opção de apoio e como solicitar ajuda? Também se deve buscar identificar, com o paciente, qual é a ajuda social necessária para manter os comportamentos esperados.

Limitações: os profissionais devem estar cientes de suas qualificações e limitações (pessoais e profissionais) e têm a responsabilidade de assegurar que o processo de aconselhamento seja conduzido de maneira ética, primando pelo melhor interesse do paciente.

Ambiente

Lugar: um ambiente limpo, arejado e organizado, além de refletir uma ótima impressão do profissional, também pode auxiliar na adesão às orientações.

Equipe de apoio: quanto melhor for o atendimento do paciente por parte do pessoal de apoio (telefonista, recepcionista, secretária, etc), maior será a aderência à terapêutica.

Orientação nutricional

Mudanças: um grande número de mudanças recomendadas em curto período reduz a aceitação. É fundamental concentrar-se nas informações mais importantes e relevantes, evitando sobrecarga.

Complexidade: aconselhamentos com os objetivos e os conteúdos simples e claros melhoram as chances de aderência às recomendações nutricionais.

Período de tratamento: o período mínimo de intervenção é de três meses. Vale ressaltar que o período máximo de acompanhamento será estabelecido de acordo com a necessidade do paciente e a manutenção é sempre recomendada.

Espera: o tempo de espera entre uma consulta e outra está relacionado à aderência ao tratamento. Quanto menor esse tempo, maior a adesão.

Gradual: instituir objetivos atingíveis e prioridades que possam ser alcançadas em curto prazo. Trabalhar de forma gradual e nunca focar no resultado final, mas em etapas que antecedam essa meta.

Materiais informativos: estudos apontam que os indivíduos esquecem, em alguns segundos, metade das informações que lhe foram apresentadas. É fundamental, portanto, fornecer materiais escritos simples e criativos. Receitas dietéticas, que refletem a mudança desejada, são excelentes ferramentas de fixação.

Considerações importantes

Um grande problema para o tratamento nutricional pode ser a não aderência. Diante disso, o paciente deve ser avisado de que acatar às orientações é seu interesse maior, como tentativa de minimizar a não adesão.

O paciente também deve entender que as limitações são impostas pela sua doença e tratamento, e não por uma atitude arbitrária e caprichosa dos profissionais que o assistem.

É importante que toda a equipe envolvida no tratamento aprenda a lidar com o comportamento do paciente não favorável. Embora seja permitido influenciar na sua adesão, é aconselhável não assumir total responsabilidade pelo resultado do tratamento. O paciente tem que ser visto e tratado como o possuidor do poder último de decisão sobre seus cuidados.

A interação, o respeito mútuo e o carinho genuíno dividido entre o paciente e o conselheiro são tão terapêuticos quanto as informações repassadas ao pacientes na forma de materiais impressos.

17 Prognóstico

O prognóstico é definido como o parecer, proposta ou sugestão que se tem a respeito da continuidade e desfecho de uma enfermidade. Trata-se de algo indispensável tanto para a equipe de tratamento quanto para os pacientes, pois pode levar a decisões importantes sobre a evolução da intervenção e procedimento relevante à qualidade de vida e às estratégias adotadas.

Qual a sua importância?

A abordagem dos transtornos alimentares exige do profissional o conhecimento das diversas variáveis que possam estar envolvidas na sua história evolutiva. O prognóstico, ainda que estimado, de sobrevida e tempo livre de doença é, talvez, o primeiro questionamento do paciente após a confirmação do diagnóstico.

Todavia, a implicação da análise prognóstica não se restringe apenas em responder a esse questionamento. Vai além, já que também é essencial na definição de protocolos e na indicação ou na contraindicação das modalidades terapêuticas e no acompanhamento e avaliação de sua efetividade.

No caso de pacientes portadores de anorexia nervosa, cerca de 50% dos pacientes apresentam recaída após a restauração da massa corporal, tendo a necessidade de nova hospitalização ao fim de um ano de tratamento (WALSH *et al*, 2006, *apud* MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010)

Segundo informações da APA (2006), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), dois terços dos anoréxicos terão preocupações mórbidas e contínuas com relação ao alimento e massa corporal. Além disso, os adolescentes, normalmente, apresentam respostas melhores que os adultos.

Ainda de acordo com dados da APA (2006), *apud* Mahan; Escott-Stump (2010), entre as enfermidades psiquiátricas, a AN tem a maior taxa de mortalidade e, conforme aponta o citado, as mulheres com AN têm 12 vezes mais chances de morrer do que mulheres da mesma idade na população geral.

Já em pacientes com BN tratados, resultados de estudos sugerem um sucesso em curto prazo na taxa de 50 a 70%. Entretanto, as taxas de recaída com variação de 30 a 85% também têm sido relatadas (APA, 2006, *apud* MAHAN;

ESCOTT-STUMP, 2010).

Considerações finais

O campo que envolve os transtornos alimentares tem despertado vasto interesse. Isso porque, ao longo dos últimos vinte anos, vem crescendo o número de indivíduos acometidos por esses males. Ainda que estudos mais concisos relacionados à sua incidência não sejam tão frequentes, as experiências clínicas e os estudos de corte confirmam a existência de um aumento significativo nos casos de AN e BN, especialmente entre os anos 1950 e 1992. São enfermidades que, de acordo com alguns conhecedores do assunto, estão próximas de atingir um caráter epidêmico e, ainda hoje, a grande maioria da população desconhece os seus sintomas, os prejuízos que causam à saúde e o fato de que podem levar à morte.

Uma das questões mais apontadas entre as principais causas é a forte pressão social que vivemos pela busca incansável pelo corpo perfeito. Os indivíduos que mais sofrem com os resultados dessa ação são os envolvidos com o desempenho e forma física, como modelos, atores, educadores físicos, bailarinos, estudantes de Nutrição, Psicologia e Medicina e todos os outros profissionais que são admirados e apontados como o ideal de corpo e de vida. No entanto, apesar de toda a força e influência do meio sociocultural, não são todas as pessoas que adoecem. Sendo assim, para entender a enfermidade, é necessário que sejam levados em conta outros aspectos específicos.

Diante desse intrigante desafio proposto pelos pacientes em questão, várias áreas do conhecimento vêm buscando o aprimoramento dos critérios diagnósticos e suas práticas clínicas, assim como por informações capazes de esclarecer os mitos em torno das patogenias envolvidas.

Promover a saúde, além de incrementar no indivíduo o desenvolvimento (físico e psicológico) integral e hormonal, é o maior objetivo da prevenção.

Para trabalhar com os transtornos alimentares, o modelo psicossocial de abordagem preventiva é essencial, uma vez que deve abranger o assunto um pouco além da esfera individual.

Por fim, perante os dados, mesmo que informais, que temos no Brasil sobre o alarmante aumento dos transtornos alimentares, parece urgente a necessidade de implantação de uma política nacional de saúde de prevenção primária.

Contendo um vasto volume de informações sobre a doença e seus sintomas, a política poderia ser vinculada através das diversas modalidades de veiculação midiática (rádio, televisão, jornal, web e revista). Tal iniciativa favoreceria especialmente aos jovens na escolha e adoção de práticas alimentares e sociais responsáveis, promovendo um desenvolvimento biopsicossocial mais adequado e harmonioso, diminuindo, assim, o alto custo que o tratamento impõe.

18 Referência bibliográfica

ACCIOLY, E.; LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 907-918, 2010.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 3-7, 2011.

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, vol. 24, n. 3, p. 39-43, 2002.

ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T. **Transtornos alimentares-** uma visão nutricional. Barueri: Manole, 2004. 226 p. ISBN 8520416314. Português.

ALVES, E., *et. al.* Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, mar. 2008.

ANDRADE, T. F.; SANTOS, A. S. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar, **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, v.12, n.3, p. 454-468, set. 2009.

BUCARETCHI, H. A (org.). **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.22, n. 2, p. 28-31, 2000.

ARAUJO, I. E. Representações gustativas no córtex humano, e o controle central do apetite. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.25, p.25-28, dez. 2003.

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa, **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 29-33, 2002.

BERNARDI, F., *et. al.* Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 170-176, set./dez. 2009.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP.** 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-4, 2009.

BORGES, N. J. B. G., *et al.* Transtornos alimentares: quadro clínico. **Rev. Medicina.** Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-8, 2006.

BUSSE, S. R. (org.). **Anorexia, bulimia e obesidade.** Barueri: Manole, 2007. 366 p. ISBN 85-204-1672-1. Português.

CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 7-12, 2002.

COBELO, A. W.; SAIKALI, M. O.; SCHOMER, E. Z. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.31, n.4, p. 184-7, 2004.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 3-6, 2002.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.23, n.1, 1999.

CORDÁS, T. A.; SANTOS, R. A.; MOREIRA, L. S. P.; SARON, M. L. G. **Aspectos nutricionais e emocionais em transtorno da compulsão alimentar periódica**, In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino-americano de Pós-graduação da Universidade do Vale do Paraíba, 2008, São José dos Campos-SP. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Paraíba, 2008, v. 1, p. 1-4.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004 .

CUNHA, L. N. **Anorexia, Bulimia e Compulsão Alimentar**. São Paulo: Atheneu, 2008.

CUPPARI, L. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar** (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). Nutrição Clínica do adulto. Barueri: Manole, 2002.

DAMIANI, D. Oxintomodulina suprime o apetite e reduz a ingestão alimentar em seres humanos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p.15, 2004.

DAMIANI, D.; DAMIANI, Daniel. Sinalização Cerebral do apetite. **Rev. Soc. Bras. Clín. Med.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 138-145, 2011.

DAMIANI, D; HAMILTON. C. M. Controle do apetite: mecanismos metabólicos e cognitivos. **Rev. Pediatria**, São Paulo, v. 32, p. 211-222, 2010.

DUNKER, K. L. L.; ALVARENGA, M. S.; ALVES, V. P. O. Transtornos alimentares e gestação: uma revisão. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1,p. 60-8, 2009.

ESPINDOLA, C. R; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006.

FARIA. S. P., SHINOHARA, H. Transtornos alimentares. **Rev. Interação**, Curitiba, v. 2, p.51-73, 1998.

FEIJÓ, F. M.; BERTOLUCI, M. C.; REIS, C. Serotonina e controle hipotalâmico da fome: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, 2011.

FONTENELLE, L. F; CORDÁS, T. A; SASSI, E. Transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 111, p. 24-28, 2002.

FREITAS, S., *et al.* Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 215-220, 2001.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 34-38, 2002.

Garcia, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar:

considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-92, 2003.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptom of anorexia nervosa. **Physicol Med.**, Londres, v. 9, n. 2, p. 273-9, 1979.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHR, Y., *et al.* The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlations. **Physicol Méd.**, Londres, v. 12, n.4, p. 871-878, 1982.

GUIAS de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina - Guia de Transtorno. Barueri: Manole, 2009.

GUIMARAES, D. B. S.; SALZANO, F. T; ABREU, C. N. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, n.3, p. 60-2, 2002.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.31, n.4, p. 150-153, 2004.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.13-7, 2002.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C.P.L. A Self rating Scale for Bulimia. The BITE. **British Journal Psychiatry**, v. 150, p. 18-84, 1987.

HERMSDORFF, H. H. M.; VIEIRA, M. A. Q. M.; MONTEIRO, J. B. R. Leptina e sua influência na patofisiologia de distúrbios alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 369-379, maio./jun. 2006.

LATTERZA, A. R., *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MANCINI, M. C.; HALPERN, A. Aspectos fisiológicos do balanço energético. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2002.

MATTOS, M. I. P. **Epidemiologia e etiologia dos transtornos alimentares**, 2010.

MATTOS, M. I. P. **Os transtornos alimentares e a obesidade numa**

perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade, n.2, p. 78-98, 2007.

MELIN, P.; ARAUJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 73-76, 2011.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.24, n.3, p. 18-23, dez. 2002.

MOURAO, Denise Machado; BRESSAN, Josefina. Influência de alimentos líquidos e sólidos no controle do apetite. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 537-547, jul./ago. 2009.

NERY, F. G., *et al.* Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1-5, 2002.

OLIVEIRA, L. P.; ASSUNÇÃO, R. C. L. N.; LACERDA, S. A.; SILVA, Xênia M. A. **A atuação da família na anorexia e bulimia nervosa.** 2010. 16f. Avaliação (Introdução à nutrição) – Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

OLIVEIRA, R. R. **Jovens com comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares:** variáveis culturais e psicológicas. 2009. 161f. Tese de Doutorado (Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, jul. 2009.

OLIVERA, G. A.; FONSECA, P. N. A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. **Psicol. Hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 4, n. 2, 2006.

PAPELBAUM, M.; APPOLINARIO, J. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.38-40, 2001.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

PIVETTA, L. A.; GONCALVES, R. M. V. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.337-346, 2010.

PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Utilização da Bioimpedância para Avaliação da Massa

Corpórea. 26 jan. 2009. Disponível em: <http://projotodiretrizes.org.br/8_volume/39-Utilizacao.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2011.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p.229 – 237, 2000.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, jan./fev. 2005.

ROSSI, A; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 6, nov./dez. 2008.

SAIKALI, C. J., *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.164-166, 2004.

SALZANO, F. T.; CORDÁS, T. A. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP(Ambulim). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 86-94, 2003.

SANTOS, C. M. T., ALMEIDA, G. O. **Anorexia nervosa**: uma revisão bibliográfica, **Revista Psicologia Em Foco**, v.1, n. 1, p. 1-9, Sergipe, jul./dez. 2008.

SANTOS, M. A., *et al.* “**Mulheres plenas de vazio**”: os aspectos familiares da anorexia nervosa. Vínculo (São Paulo. Impresso), v. 1, n. 1, p. 46-51, 2004.

SCHMIDT, E; MATA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 387-400, 2008.

SICCHIERI, J. M. F., *et al* (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultado após alta hospitalar. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.1, p. 68-75,2004.

SICCHIERI, J. M. F., *et. al.* **Manejo Nutricional nos transtornos alimentares**. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 371-5, 2006.

SILVA, L. M. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 415-24, 2006.

SOUZA, Laura Vilela e; SANTOS, M. A. Grupo de familiares de pessoas

com transtornos alimentares: um espaço co-construído. **Vínculo** (São Paulo. Impresso), v. 4, n. 4, p. 38-47, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. **Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa**. **Vínculo** (São Paulo. Impresso), v. 6, n. 1, p. 26-38, 2009.

TEIXEIRA, P. C., *et al.* A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 145-52, 2009.

TIRICO, P. P.; STEFANO, S. C.; BLAY, S. L. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 431-449, 2010.

VILELA E SOUZA, L.; SANTOS, M. A. Grupo de familiares de pessoas com transtornos alimentares: um espaço co-construído. **Vínculo** (São Paulo. Impresso), v. 4, n. 4, p. 38-47, 2007.

VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

19 Glossário

Asceticismo: filosofia de vida na qual são refreados os prazeres mundanos, em que se propõem a austeridade.

Autodepreciação: ação ou efeito de se autodesvalorizar.

Bradycardia: ritmo cardíaco lento (normal ou patológico).

CID: sigla para Classificação Internacional de Doenças.

Colecistoquinina (CCK): hormônio gastrointestinal (GI).

Corticotropina (CRH): hormônio hipofisário que estimula a secreção dos esteroides do córtex adrenal e induz crescimento do córtex adrenal.

DSM: sigla para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Emético: substância com a capacidade de provocar vômito.

Esquiva: ato de repelir ou evitar (pessoa ou coisa que nos ameaça ou desagrada).

Galanina: peptídeo de 29 aminoácidos isolado no cérebro e no trato gastrointestinal.

Gastrina: hormônio que estimula a secreção de suco gástrico no estômago.

Gonadotrofina: também conhecido como gonadotropina, trata-se de um hormônio proteico secretado pelas células gonadotróficas da glândula pituitária de vertebrados.

Heterozigótico: indivíduo que tem dois alelos diferentes do mesmo gene.

Hipercarotenemia: presença elevada de caroteno no sangue que pode causar um amarelecimento da pele, como o causado pela icterícia.

Hipocalemia: insuficiência da taxa de potássio no sangue.

Hipofisário: que pertence ou se refere à hipófise.

Hipofosfatemia: concentração reduzida de fosfatos no sangue.

Hipogonadismo: termo médico para um defeito no sistema reprodutor que resulta na diminuição da função das gônadas (ovários ou testículos).

Hipomagnesemia: distúrbio eletrolítico em que se apresenta uma concentração de magnésio no sangue inferior ao normal.

Hiponatremia: redução do sódio sanguíneo causada, em geral, por sudorese excessiva.

Hipotensão postural: queda súbita de pressão sanguínea quando um indivíduo assume a posição ereta. Sinônimo: ortostática.

Homozigóticos: termo da genética para indicar que os alelos presentes em um locus genético são idênticos.

Inanição: estado em que a pessoa encontra-se extremamente enfraquecida, por falta de alimentos ou por defeito de assimilação dos mesmos.

IVGTT: sigla em inglês para "teste endovenoso de tolerância a glicose".

Lanugo: revestimento piloso fino e macio do feto que surge aproximadamente no quinto mês de gestação. Sinônimo: lanugem.

Leptina: hormônio peptídico que apresenta uma estrutura terciária semelhante a alguns membros da família das citocinas. É produzido, principalmente, pelos adipócitos ou células gordurosas, sendo que sua concentração varia de acordo com a quantidade de tecido adiposo. Na obesidade, os níveis de leptina estão aumentados. Além de seu conhecido efeito sobre o controle do apetite, evidências atuais apontam que a leptina está envolvida no controle da massa corporal, reprodução, angiogênese, imunidade, cicatrização e função cardiovascular.

Leucopenia: diminuição do número de glóbulos brancos (leucócitos) no sangue.

Neuropeptídeo Y (NPY): nome dado a uma das substâncias que fazem a comunicação entre os neurônios e pode ser considerado o principal estimulante da fome.

Orexígenos: que produz apetite; aperiente, aperitivo.

Osteopenia: enfermidade que consiste na diminuição da densidade mineral dos ossos, precursora da osteoporose.

Palatabilidade: qualidade de palatável.

Peptídio YY (PYY): inibe a motilidade gástrica e secreção gástrica.

Polipeptídio pancreático (PP): polipeptídeo secretado pelas células PP no pâncreas endócrino. É um antagonista da colecistoquinina que suprime a secreção pancreática e estimula a secreção gástrica.

Ponderal: relacionado à perda de peso e emagrecimento.

Prolactina: hormônio secretado pela adenoipófise que estimula a produção de leite pelas glândulas mamárias e o aumento das mamas. O aumento de produção da prolactina provoca a hiperprolactinemia, causando, nas mulheres, alteração menstrual e infertilidade. No homem, o excesso do hormônio gera impotência sexual por prejudicar a produção de testosterona e também o aumento das mamas (ginecomastia).

Psiconeurose: transtorno funcional psicossomático que se manifesta por alterações orgânicas (perturbações respiratórias, digestivas, excretoras, genitais) e desequilíbrios psíquicos.

Psicopatologia: estudo das perturbações mentais tanto no que concerne à sua descrição e classificação como ao seu mecanismo e evolução. Fundamenta a psiquiatria, que se utiliza de seus dados para fins terapêuticos.

Síndrome alimentar noturna (SAN): condição em que o indivíduo adia a ação de comer por várias horas após acordar. Nessa síndrome, o indivíduo consome mais que a metade da ingestão energética diária no período que estende entre durante e depois do jantar e antes do café da manhã. Essa síndrome pode estar relacionada com depressão e concentrações elevadas de cortisol e estresse.

Síndrome de Cushing: conjunto de sinais e sintomas do excesso da cortisona (um dos hormônios produzidos pela glândula suprarrenal). Esse excesso hormonal pode ser provocado por hormônios sintéticos (exógenos) ou por doenças envolvendo a glândula suprarrenal e a hipófise.

Trombocitopenia: diminuição do número de plaquetas no sangue.

20 Apêndice 1

Escala de compulsão alimentar periódica

A escala de compulsão alimentar periódica (Ecap) é um ótimo instrumento a ser utilizado no atendimento de pacientes com excesso de peso. O profissional entrega uma cópia para que o paciente leia e analise todas as alternativas e, então, assinale aquela com a qual mais se identificou. Ele deverá assinalar somente uma questão.

Lista de verificação dos hábitos alimentares	
Nome: Data: /..... /.....	
Instruções: você encontrará, a seguir, grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar	
1) [] Não me sinto constrangido (a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas. [] Sinto-me preocupado (a) em como pareço para os outros, mas isso, normalmente, não faz com que eu me sinta desapontado (a) comigo mesmo (a). [] Fico mesmo constrangido (a) com a minha aparência e o meu peso, o que faz com que eu me sinta desapontado (a) comigo mesmo (a). [] Sinto-me muito constrangido (a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo (a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.	9) [] Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. [] Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que consumi. [] Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite. [] Em minha vida adulta, tenho tido períodos que duram semanas, nos quais, praticamente, "me mato de fome". Isso se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".
2) [] Não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada. [] Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais. [] Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois. [] Tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente	10) [] Normalmente, sou capaz de parar de comer quando quero. "Eu sei quando já chega". [] De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar. [] Frequentemente, tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer. [] Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Tenho medo de não ser capaz de parar de

empanturrado(a) por ter comido demais.	comer por vontade própria.
3) ☐ Sinto-me capaz de controlar meus impulsos para comer quando quero. ☐ Sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas. ☐ Sinto-me totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer. ☐ Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.	11) ☐ Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio (a). ☐ Eu, normalmente, posso para de comer quando me sinto cheio (a), mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado (a). ☐ Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado (a) depois que faço uma refeição. ☐ Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes ,tenho que provocar o vômito e usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.
4) ☐ Não tenho o hábito de comer quando estou chateado (a), ☐ Às vezes, como quando estou chateado (a), mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar a mente da comida ☐ Tenho o hábito regular de comer quando estou chateado (a), mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida. ☐ Tenho o hábito de comer quando estou chateado (a). Nada parece ajudar a parar com esse hábito.	12) ☐ Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinha (a), ☐ Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido (a) com o meu comportamento alimentar. ☐ Frequentemente, como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado (a) com o meu comportamento alimentar. ☐ Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.
5) ☐ Normalmente, quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome. ☐ De vez em quando, como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou com fome. ☐ Tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida. ☐ Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome na boca que só parece ser satisfeita quando como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes,	13) ☐ Eu faço três refeições ao dia, com apenas um lanche ocasional entre as refeições. ☐ Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições. ☐ Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares. ☐ Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

quando como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, eu cuspo, em seguida, para não ganhar peso.	
6) ☐ Não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais. ☐ De vez em quando, sinto culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais. ☐ Quase o tempo todo, sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.	14) ☐ Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer. ☐ Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer. ☐ Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais. ☐ Parece, para mim, que, na maior parte das horas que passo acordado (a), estou “preocupado(a)” com pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.
7) ☐ Não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais. ☐ Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais. ☐ Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo (a): “agora que estraguei tudo, por que não ir até o fim?”. Quando isso acontece, eu como ainda mais. ☐ Tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo (a), mas quebro as dietas entrando em uma compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.	15) ☐ Eu não penso muito sobre comida. ☐ Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo. ☐ Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida. ☐ Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “preocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer
8) ☐ Raramente, como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois ☐ Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma quantidade de comida tamanha, que acabo me sentindo muito empanturrado (a). ☐ Tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches. ☐ Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, em algumas vezes, um pouco enjoado (a).	16) ☐ Eu, normalmente, sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer. ☐ De vez em quando, sinto-me em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões, é difícil saber quando eu deveria comer para me satisfazer. ☐ Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Grade de correção da escala de compulsão alimentar periódica							
1	2	3	4	5	6	7	8
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 2	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 2	3 = 1
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	–	4 = 3	4 = 3
9	10	11	12	13	14	15	16
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	-

Resultado:

Escore menor ou igual a 17 = ausência de compulsão alimentar

Escore entre 18 e 26 = compulsão alimentar moderada

Escore maior ou igual a 27 = compulsão grave

Fonte: VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

21 Apêndice 2

Teste de atitudes alimentares (EAT-26) - versão em português

Informação sobre o método:

O Eating Attitudes Test (EAT) ou Teste de Atitudes Alimentares é aplicado em estudos que avaliam a anorexia nervosa com o intuito de medir os sintomas da síndrome de maneira fácil e rápida, favorecendo, assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, o que pode evitando a evolução da doença.

O ponto de corte é de 21 pontos. As 26 questões estão divididas em três escalas obtidas a partir da análise fatorial, cujos conceitos e números estão a seguir:

- Escala da dieta (itens 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25): reflete uma recusa patológica à comida de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física.
- Escala de bulimia e preocupação com os alimentos (itens 3, 4, 9, 18, 21 e 26): refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar ganho de peso.
- Escala do controle oral (itens 2, 5, 8, 13, 15, 19 e 20): demonstra o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar.

Cada questão é dividida em três escalas e apresenta seis opções de resposta, conferindo-se opções de 0 a 3, dependendo da escolha ("sempre" = 3 pontos; "muitas vezes" = 2 pontos; "às vezes" = 1 ponto; "poucas vezes" = 0 ponto; "quase nunca" = 0 ponto e "nunca" = 0 ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que, para respostas mais sintomáticas, como "sempre", "muitas vezes" e "às vezes", não são dados pontos, e, para as alternativas "poucas vezes", "quase nunca" e "nunca", são conferidos 1, 2 e 3

pontos, respectivamente.

Ponto de corte: resultado maior que 21 pontos indica um teste positivo e o entrevistado poderá ser incluído em grupo de risco, passando por entrevista clínica para averiguar se os critérios diagnósticos são preenchidos.

Questões	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupado(a) com os alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto meus alimentos em pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidrato (ex. pão, arroz, batatas, etc).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser magro(a).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magro(a)						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						

16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

EAT® David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner *et al* (1982).

Fonte:

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptom of anorexia nervosa. **Psychol. Med.**, Londres, v. 9, n. 2, p. 273-279, 1979.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHR, Y., *et al.* The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlations. **Psychol. Méd.**, Londres, v. 12, n.4, p. 871-878, 1982.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP.** 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

22 Apêndice 3

Teste de investigação bulímica de Edimburgo (Bite)

Parte 1

1. Qual é a sua altura?
2. Qual é o seu peso atual?
3. Qual é o peso máximo que você já apresentou?
4. Qual é o peso mínimo que você já apresentou?
5. Qual é, no seu entender, seu peso ideal?
6. Você se sente em relação a seu peso:
☐ muito gordo(a) (5)
☐ gordo(a) (4)
☐ médio(a) (3)
☐ abaixo do peso (2)
☐ muito abaixo do peso (1)
7. Você tem períodos menstruais regulares?
☐ sim ☐ não
8. Com que frequência, em média, você faz as seguintes refeições? (Todos os dias=1; 5 dias/sem.=2; 3 dias/sem.=3; 1 dia/sem.=4; Nunca=5)
☐ Café da manhã
☐ Almoço
☐ Jantar
☐ Lanches entre as refeições
9. Você, alguma vez, teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto aos seus hábitos?
☐ sim ☐ não
10. Você, alguma vez, foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento?
☐ sim ☐ não
11. Você, alguma vez, teve algum tipo de problema alimentar?
☐ sim ☐ não
12. Caso sim, descreva com detalhes:
.....

Parte 2

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular?
☐ sim ☐ não

2. Você segue uma dieta rígida?

☐ sim ☐ não

3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?

☐ sim ☐ não

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?

☐ sim ☐ não

5. Você já jejuou por um dia inteiro?

☐ sim ☐ não

*6. Se já jejuou, qual a frequência?

☐ dias alternados (5)

☐ duas a três vezes por semana (4)

☐ uma vez por semana (3)

☐ de vez em quando (2)

☐ somente uma vez (1)

*7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de

peso? (Nunca=0; De vez em quando=2; 1x/sem.=3; 2 a 3x/sem.=4; Diariamente=5; 2 a 3x/dia=6; 5 ou +/dia=7)

☐ Tomar comprimidos

☐ Tomar diuréticos

☐ Tomar laxantes

☐ Vômitos

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?

☐ sim ☐ não

9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida?

☐ sim ☐ não

10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente?

☐ sim ☐ não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

☐ sim ☐ não

12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando está sozinho (a)?

☐ sim ☐ não

13. Você sempre pode parar de comer quando quer?

☐ sim ☐ não

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?

☐ sim ☐ não

15. Quando você se sente ansioso (a), tende a comer muito?

☐ sim ☐ não

16. O pensamento de tornar-se gordo (a) o (a) apavora?
☐ sim ☐ não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?
☐ sim ☐ não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?
☐ sim ☐ não
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?
☐ sim ☐ não
20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto?
☐ sim ☐ não
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao fim de uma refeição?
☐ sim ☐ não
22. Você mente para os outros sobre quanto come?
☐ sim ☐ não
23. Quanto você come, a quantidade é determinada pela fome que sente?
☐ sim ☐ não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?
☐ sim ☐ não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal?
☐ sim ☐ não
26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)?
☐ sim ☐ não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
☐ quase nunca (1)
☐ uma vez por mês (2)
☐ uma vez por semana (3)
☐ duas a três vezes por semana (4)
☐ diariamente (5)
☐ duas a três vezes por dia (6)
28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?
☐ sim ☐ não
29. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)?
☐ sim ☐ não
30. Você já comeu escondido (a)?
☐ sim ☐ não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais?
☐ sim ☐ não

32. Você se considera alguém que come compulsivamente?

() sim () não

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?

() sim () não

Avaliação de resultados das questões sim/não.

As respostas "sim" valem 1 ponto.

1. Escala de gravidade:

1.1. Itens 6, 7, 27 = escore superior a 5 = significativo
escore superior ou igual a 10 = grande intensidade

2. Escala de sintomas:

2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 - devem ser respondidos com "não"

2.2. Outros itens - devem ser respondidos com "sim"

2.3. Classificação do escore total:

2.3.1. Escore máximo = 30

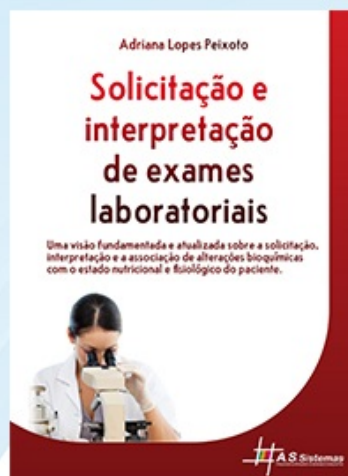
2.3.2. Maior ou igual a 20 = escore elevado, que demonstra presença de comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia.

2.3.3. Entre 10 e 19 = escore médio, que sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista.

2.3.4. Menor que 10 = padrão normal de apetite/comportamento nutricional

Fonte: CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 23, n. 1, 1999.

CONHEÇA TAMBÉM





Adriana Lopes Peixoto

Graduada em Ciências da Nutrição e pós-graduanda em MBA Comunicação Empresarial, Publicidade e Marketing pela Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (Facisa/Univiçosa).

Possui experiência em consultoria nutricional na área de tecnologia da informação, no desenvolvimento da linha de softwares da marca Dietpro e aplicativos móveis, além da tutoria em cursos online nas plataformas de ensino Aulas à Distância e Cursos à Distância. Atua diretamente como consultora da marca Dietpro em feiras, congressos e simpósios de Nutrição e Saúde.

Atuação na área clínica com a prestação do serviço de Personal Diet e Consultoria Nutricional, realizando prescrições e assistências dietéticas, promoção de educação nutricional e suporte nutricional para indústrias, restaurantes e demais segmentos da alimentação coletiva.



Fundada em 1997, a A.S. Sistemas foi a empresa pioneira da Incubadora de Base Tecnológica da Universidade Federal de Viçosa (UFV - MG), onde permaneceu incubada por três anos.

Ao longo de sua história desenvolveu produtos fundamentados em conhecimento e tecnologia: sites, multimídias e aplicativos para as áreas de educação, agronegócio, saúde e meio ambiente.

A partir de 2003 a empresa passou a ter como principal produto o software de avaliação e prescrição de dietas "Dietpro". Devido a isto, a empresa ampliou os esforços e investimentos no segmento de Nutrição e Saúde com o intuito de oferecer ao cliente, produtos e serviços inovadores de alta qualidade e tecnologia.

Em 2009, a empresa passou por uma reformulação e ampliou sua área de atuação para novos seguimentos. Atualmente oferece também cursos online para nutrição, saúde e empreendedorismo, software de Gestão empresarial (ERP), aplicativos móveis (APP), geração de notícias e e-book.